Rok XXVII. Kraków, 11 Lutego 1888. Nr. 6.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Ulica Sławkowska Nr. 8, I. piętro.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36

Cena ogłoszeń, które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

I. Nowy sposób cięcia podbrzusznego (sectio alta) oraz kilka uwag o wyzyskiwaniu plastycznéj właściwości otrzewny w operacyjach na pęcherzu w ogóle.

Podał Prof. Dr. Rydygier [1]).

Mimo wielkich zalet cięcia podbrzusznego dwa zarzuty, jakie mu od samego początku jego wynalezienia słusznie robiono, stały na przeszkodzie ogólnemu jego uznaniu: 1) niebezpieczeństwo obrażenia otrzewny i 2) naciek moczowy. W naszych czasach starano się niebezpieczeństwa te usunąć i poniekąd z dobrym skutkiem. Milliot [2]), Garson-Braune [3]), Petersen [4]) i Fehleisen [5]) wykazali, że zagięcie otrzewny przy próżnym stanie pęcherza zbliżone do kości łonowéj można unieść w górę przez wypełnienie pęcherza lub odbytnicy, a lepiéj jeszcze przez wypełnienie pęcherza i odbytnicy równocześnie. Tym sposobem udaje się rozszerzyć przestrzeń pomiędzy zagięciem otrzewny a spojeniem kości łonowych, przez co zmniejszamy niebezpieczeństwo obrażenia otrzewny, wytwarzając obszerniejsze pole operacyjne. Niestety sposób ten nie zawsze jest pewny i nie zawsze bezpieczny. Nie zawsze jest pewny i nieomylny, bo znanych jest już kilka przypadków z ostatnich czasów, gdzie pomimo wypełnienia pęcherza i odbytnicy załamek otrzewny nie uniósł się, bo był silnie połączony z górnym brzegiem spojenia kości łonowych, tak, że jego obrażenie stało się nieuniknioném. Niebezpiecznym zaś okazał się o tyle, że również w kilku przypadkach (Dittel [1]) i Guyon [2])) nastąpiło pęknięcie ścian pęcherza nawet po średniém wypełnieniu pęcherza i odbytnicy, a chorzy przypłacili życiem nieszczęśliwy ten przypadek. Ztąd téż odezwały się w nowszych czasach głosy chirurgów (Trendelenburga, Czernego, Dittla itd.) porzucających zupełnie ten rękoczyn przedwstępny twierdząc, że przy pewnéj wprawie i ogłędności można i bez niego ustrzedz się obrażenia załamka otrzewny.

Drugie niebezpieczeństwo, naciek moczowy, starano się ominąć w rozmaity sposób: bądź przez odpowiednie ułożenie (Trendelenburg zaleca ułożenie na brzuch albo na jeden lub drugi bok z przechyleniem naprzód), bądź przez założenie sączków do pęcherza odprowadzających mocz z pęcherza na zewnątrz i założenie opatrunku przeciwgnilnego (Guyon i inni chirurdzy francuscy); inni znów zalecają nareszcie szew pęcherza jako środek najlepszy i byłby on nim bez wątpienia, gdyby nie zawodził tak często. Mimo wszelkich starań i najliczniejszych zmian i poprawek szwu pęcherzowego nie udaje się dotychczas zagoić ranę pęcherza *per primam* ani w $^1/_3$ przypadków; w reszcie przypadków szew trzyma zaledwie przez kilka dni pierwszych. Zwolennicy szwu wprawdzie już i z tego zadowoleni wskazując, że i tak szew chroni chorego w czasie największego niebezpieczeństwa, jakie mu właśnie grozi w pierwszych dniach bezpośrednio po operacyi, gdyż wtenczas, jak wiadomo, najłatwiéj może wystąpić naciek moczowy, kiedy późniéj, skoro powierzchnia ran pozlepia się i pokryje ziarniną, niebezpieczeństwo to jest daleko mniejsze. Doświadczenie atoli poucza nas, że naciek moczowy mimo założenia szwu nastąpić może,

[1]) Podług wykładu w Towarzystwie lek. krakowskiém i lwowskiém. — [2]) Thompson: *The suprapubic operation* itd. 1886. Sprawozdanie na Zjeździe lekarskim w Lyonie 1875. — [3]) *Verhandlungen d. dt. Gesellschaft f. Chirurgie*, 1878, *VII. Congress.* — [4]) Petersen: *Uiber Sectio alta. Lgbcks Archiv*, T. 25, Z. 4. — [5]) Fehleisen: *Ueber die Verschiebung der Harnblase bei der Tamponade des Rectum. Verhandlungen der deut. Gesellschaft f. Chirurgie*, 1885, *XIV Congress u. Lngbcks Archiv*, T. 32.

[1]) Dittel. *Gegen die Füllung der Blase zum hohen Blasenschnitte. Wien. med. Woch.*, 1886, Nr. 42 i następne. Opisuje tam 2 przypadki Weinlechnera i jeden swój. — [2]) A. Pousson. *Considerations sur la pathogénie de deux variétés peu connues de rupture de la vessie et sur les moyens de les prévenir. Rev. de chirurg.*, 1885, Nr. 11.

i są chirurdzy, którzy ze względu na to, jako i na trudności w założeniu szwu dokładnego, wolą wcale go nie używać i posługują się tylko powyżéj podanemi sposobami, mającemi na celu zapobieżenie naciekowi moczowemu. Dodajmy do tego, że znane są, aczkolwiek nieliczne, przypadki (Hofmokl [1]), Tiling [2]), w których pozostały na czas dłuższy przetoki, które wymagały wiele zabiegów, zanim udało się je zamknąć, a wyjątkowo, jak w przypadku Riedla [3]), zamknięcie ich wcale się nie udało, a przyznać musimy, że sposób wykonywania cięcia podbrzusznego wcale nie jest idealny, przeciwnie bardzo wiele pozostawia do życzenia. Nie można zaprzeczyć, że najlepszym bez wątpienia środkiem, zapobiegającym naciekowi, a mającym nadto inne jeszcze zalety, jak szybkie leczenie i pewne zapobieżenie utworzeniu się przetok, byłby szew, gdyby w każdym przypadku trzymał, a przynajmniéj wyjątkowo tylko zawodził. To téż nic dziwnego, że do tego skierowane są w ostatnim czasie przeważnie prace nowsze i to nawet z pewném rozgorączkowaniem, jak to wykazuje dość liczny szereg prac począwszy od Pinela Grandchampsa [4]), Maksimowa [5]), Znamenenskiego [6]), Vincenta [7]) a kończący się na ostatniém ogłoszeniu Brennera [8]). Rozgorączkowanie poznać i ztąd, że nieraz następca nie miał tyle czasu, żeby przeczytać, co jego poprzednik na tém samém polu napisał [9]).

[1]) *Beiträge zum Steinschnitt. Wien. med. Presse,* 1884, Nr. 46—51. — [2]) *Uiber Sectio alta mit Naht der Blase. St. Petersburger med. Wochen.*, 1885, Nr. 4. — [3]) *Centralblatt f. Chir.*, 1885, Nr. 23, referując o powyższéj pracy przytacza swój przypadek przetoki po epicystotomii i dodaje, że mimo wszelkich starań nie udało się przetoki zamknąć, nawet po zaprowadzeniu ciągłego drenowania przez wykonaną boutonnière przetoka się nie zasklepiła. [4]) *Experiences sur les animaux tendant à établir les avantages de la suture pour obtenir la réunion des plaies de la vessie, et s'opposer aux épanchements urineux,* podług Bartelsa przedłożone w r. 1826 Akademii lek. w Paryżu. — [5]) Rosyjska dysertacyja. St. Petersburg. 1876. — [6]) *Uiber partielle Resection der Blasenwand. Lgbcks Archiv.* T. 31, Z. 1. — [7]) *Plaies penetrantes intraperitoneales de la vessie. Rev. de chir.* 1881, Nr. 6 i 7. — [8]) *Die Blasennaht. Lgbcks Archiv,* T. 35, str. 33. — [9]) Niech mi będzie wolno na tém miejscu zwrócić uwagę, że takie postępowanie nietylko krzywdzi poprzedniego pracownika, ale, co może jeszcze gorsza, zmusza niepotrzebnie licznych czytelników do odczytywania jednéj i téj saméj rzeczy dwa razy; niejedna praca wcale nie zostałaby napisaną, gdyby piszący znał to, co przed nim o tym przedmiocie pisano. Wprawdzie zwykł nieodżałowany mój nauczyciel śp. Hueter mawiać, że ostatecznie teraz tyle piszą, iż jest fizyczną niemożnością wszystko to przeczytać, ale przecież ciąży na każdym zabierającym się do ogłoszenia jakiegokolwiek przedmiotu obowiązek, żeby znał przynajmniéj literaturę odnoszącą się właśnie do tego przedmiotu. Nie przeczę, że może się zdarzyć mimo najlepszéj chęci, że się w téj obfitości jakiéjś pracy mniéj ważnéj lub nareszcie pracy w mniéj znaném piśmie ogłoszonéj nie dostrzeże, ale w ostatnim czasie zdarza się to za często i wyradza się w grzeszną lekkomyślność. Cóż np. na to powiedzieć, jeżli Vincent (l. c.) w doskonałéj zresztą pracy o ranach pęcherza rozpisuje się obszernie, bo aż na dwóch stronach (559 i 560), podając nawet rysunki, o szwie pęcherza zakładanym zupełnie na sposób szwu jelitowego Czernego, ale to zupełnie dokładnie, nie wspominając ani razu Czernego, a daléj mówiąc o swoim szwie pęcherzowym! Vincent ogłosił swoją pracę w r. 1881, a Czerny opisał swój szew już w r. 1878 *(Beiträge zur operativen Chirurgie,* str. 29 i 34). Przy téj sposobności muszę nadmienić, że już nawet Gussenbauer *(Die partielle Magenresection. Lgbcks Archiv,* tom 19, 3 zeszyt, str. 360) w r. 1876 założył ten szew, ale nie dość nacisku kładzie na jego używanie, przeciwnie więcéj zaleca swój *Achternaht* i dla tego słusznie szew dwurzędny nazywamy szwem Czernego.

Najnowszą pracę o szwie pęcherzowym napisał Brenner (l. c.). Zaleca on szew podobny do starego szwu Dieffenbachowskiego zwanego *„Tabaksbeutelschnürnaht"*. Szew ten ma się zakładać najpierw na błonę śluzową, a drugi rząd na resztę ściany pęcherza. Zaletą jego ma być niewątpliwa pewność, wypróbowana dotychczas niestety tylko na psach. Podług mego zdania szew ten najmniéj się zaleca. Pewność jego, większa od innych, jest wątpliwą, a przynajmniéj wcale niedowiedzioną, bo wyniki doświadczeń na psach nie można nigdy bezwzględnie przenosić wprost na człowieka, choćby już tylko ze względu na wielką odporność psów, która nawet już przeszła w przysłowie. Nie twierdzę bynajmniéj, żeby doświadczenia na psach nie miały w ogóle żadnego znaczenia, ale w tym przypadku mają tém mniejsze, że doświadczenia robi się na zdrowym pęcherzu o ścianach niezmienionych, podczas gdy w obec kamieni mamy często pęcherz chorobowo zmieniony. A co najważniejsza, Brenner nie zważa wcale, że robiąc doświadczenia na psach wykonywał je na pęcherzu pokrytym otrzewną, rzecz wielkiéj wagi, jak to zaraz poniżéj wykażę. Prócz tego można szwowi zaleconemu przez Brennera jeszcze to zarzucić, że założony na błonę śluzową musi koniecznie wpaść do pęcherza i może tam stać się jądrem nowego kamienia, co w obec już istniejącego usposobienia do wytworzenia kamieni jest niemałém niebezpieczeństwem, które jeszcze przez to się zwiększa, że szew ten nie odpada od razu do pęcherza, zkądby mógł zostać prądem moczu wydalonym na zewnątrz, ale zwiesza się do jamy pęcherza, trzymając się jeszcze przez pewien czas ściany, jak to dobitnie sam Brenner okazuje: na 6 doświadczeń 4 razy zwieszał się szew do wnętrza pęcherza, a w czwartym przypadku wytworzyła się przetoka moczowa na zewnątrz. Co zaś do pewności szwu tego, to możnaby téż o tém wątpić. Już to, że pierwszy szew zaciskający błonę śluzową łączy powierzchnię nieokrwawioną ze sobą, przemawia przeciwko temu szwowi i z góry można przewidzieć, że wprawdzie z początku będzie on bardzo szczelnie zamykał ranę pęcherza, ale późniéj z łatwością wytworzy się przetoka moczowa. Wszakże i rany w jelicie nikt dzisiaj już nie zamyka w sposób dawniéj używany, że się rankę poprostu zawiązywało. Z tychto przyczyn sądzę, że szew przez Brennera polecony nie zaleca się wcale i nie odda większych usług, niż szwy dotychczas używane.

Zastanawiającemu się nad tém, jakby osiągnąć cel idealny i wynaleźć szew, któryby w każdym przypadku trzymał, przyszła mi myśl, czyby nie wyzyskać właściwości zlepiania się otrzewny w tym celu i na przyszłość wykonywać cięcie podbrzuszne, tak, żeby to, przed czém dotychczas tyle ostrzegano, t. j. otwarcie otrzewny, w każdym przypadku robić zasadniczo i ranę pęcherza założyć w części jego pokrytéj otrzewną. Myślto wprawdzie śmiała, ale miałem poważne fakty na jéj poparcie. Z licznych doświadczeń na psach, jakie robili Maksimow (l. c.), Znamenensky (l. c., Fischer [1]), Vincent (l. c.) i inni, przekonać się można, że chyba wyjątkowo i z osobliwszych przyczyn szew dobrze na pęcherz psi założony nie trzyma. Zresztą i sam miałem dawno już sposobność przekonania się o tém; kiedy wykonywałem doświadczenia nad szwem jelitowym (r. 1881), otworzyłem téż w kilku przypadkach pęcherz moczowy i założyłem szew podobny do szwu jelitowego, a następnie

[1]) Fischer: *Die partielle Resection der Harnblase. Lgbcks Archiv,* T. 27, zeszyt 3.

przekonałem się, że dobrze trzymał. Cóż może być za przyczyna, że u psa szew pęcherzowy prawie zawsze trzyma, a u człowieka po *sectio alta* założony tak często zawodzi? Pominąwszy inne, jak większą odporność psa i zdrowe ściany pęcherza, na którym się doświadczenia robi, najgłówniejszéj przyczyny szukać należy w tém, że u psów prawie cały pęcherz jest pokryty otrzewną i w téj części u nich rany wszyscy badacze zadawali, podczas gdy u człowieka w części niepokrytéj otrzewną robimy *sectio alta*. Nie można atoli wyników zdobytych na zdrowym pęcherzu psa przenosić żywcem na chory pęcherz człowieka, tak ostrzegają liczni badacze, tak i sam poprzednio ostrzegałem. Wypadało mi więc jeszcze innych dowodów szukać na poparcie méj myśli. I otóż przychodzą mi tu na pomoc liczne doświadczenia o szwie jelitowym już na człowieku nabyte: wszakże szew jelitowy prawie nigdy nie zawodzi, skoro tylko dobrze go założyliśmy i ściany nie ucierpiały zbytecznie w swém odżywieniu przez poprzedzające cierpienie, np. ucisk w przepuklinie uwięźniętéj. A przecież ściany pęcherza są grubsze i dla tego powinny lepiéj do szwu się nadawać, niż ściany jelit. Jedyna różnica zachodzi, że ściany jelit nie potrzebują takiéj siły wywierać, żeby swą treść daléj posuwać, jak ściany pęcherza, żeby mocz wydzielić, a więc możnaby zarzucić, że szew jelitowy nie potrzebuje takiego napięcia wytrzymać, jak szew pęcherzowy. Ale przecież przez założenie cewnika komornem przez pierwszy tydzień możemy znieść zupełnie, a przynajmniéj silniejsze, napinanie ścian pęcherza. Nie wskazuję wcale na doświadczenie na psach, gdzie szew pęcherzowy bez założenia cewnika prawie nigdy nie zawodzi. Co najważniejsza mamy już i na ludziach pewne doświadczenie co do szwu pęcherzowego. Jak Holmes[1]) wykazuje, zakończyły się na 11 przypadków pęknięcia pęcherza w części jego pokrytéj otrzewną 4 wyzdrowieniem po założeniu szwu pęcherzowego. Jeżli szew pęcherzowy założony w tak niekorzystnych warunkach, nieraz późniéj niż po 30 godzinach po obrażeniu, nie zawiódł w stosunkowo tak licznych przypadkach to można przypuszczać, że założony w takich przypadkach, jak po epicystotomii, naszym sposobem wykonanéj, zawsze będzie trzymał. W tych 7u przypadkach, które się nieszczęśliwie zakończyły, nie zawsze można przypisać winę zejścia śmiertelnego nietrzymaniu szwów, ale poprostu zmianom, jakie wywołało dłuższe lub krótsze spływanie moczu do jamy otrzewnowéj i innym równoczesnym obrażeniom, a powtóre temu, że w niektórych przypadkach źle szew założono.

Wszystko to sumiennie i długo rozważałem, a nadto podjąłem cały nowy szereg doświadczeń na psach, o czém sprawę zdam późniéj w obszerniejszéj pracy, zanim odważyłem się zastósować nowy ten sposób u człowieka. Otworzyć jamę otrzewnową, co tak długo przedstawiano jako grzech i błąd, zrobić to z namysłem i chcący, zdawało się bardzo śmiałém, zbyt śmiałém, mimo, że tyle przyczyn za tém przemawiało. Nie mogłem sobie zataić, że przecież wielka jest różnica, jeżeli szew nie trzyma po cięciu podbrzusznem, jak je dotychczas wykonywają, a pomiędzy takiém samém zajściem po zastósowaniu mego sposobu. Jeżeli tam szew puści, to przecież chory nie potrzebuje umrzeć, i bardzo znaczny procent nie umiera, a w przypadkach podług mnie operowanych śmierć wtenczas prawie jest nieunikniona. Na to musiałem sobie odpowiedzieć: przecież szyjemy jelita, a co ważniejsza podejmujemy się téj operacyi licząc na pewność szwu nawet w cierpieniach niekoniecznie zagrażających życiu np. *anus praeternaturalis* i *fistula stercoralis*; wszakże treść jelita jest niezaprzeczenie więcéj niebezpieczną, a przynajmniéj równie jak mocz, choćby i najbardziéj zmieniony. Nareszcie podają śmiertelność po cięciu podbrzusznem, jak go teraz wykonywają, na 10—20%, więc choćby też i nie każdy szew już nieomylnie trzymał, a nawet śmiertelność po jednym i drugim sposobie była równa, to jeszcze sposób przezemnie zalecany miałby tę zaletę, że leczenie krócéj trwa i nie pozostaną po nim nigdy przetoki. Wszystko to razem skłoniło mnie, że się odważyłem wykonać cięcie podbrzuszne nowym sposobem u chłopca 13-letniego, który miał dość wielki kamień pęcherzowy, składający się przeważnie z fosforanów, jak to badanie przed operacyją wykazało. Przypadek ten, który na końcu opiszemy, wcale nie był wybrany, a tém mniéj nadzwyczaj dobry, mocz bowiem mimo wszelkiego starania, przez przepłukiwania pęcherza i podawania odpowiednich leków wewnętrznych, pozostawał bardzo alkaliczny, mętny i cuchnący. Ciepłota na kilka dni przed operacyją podniosła się do 40·5°C. i pozostała podwyższoną mimo naszych zabiegów. Operacyi nie mogliśmy dłużéj zwlekać i wykonaliśmy ją nawet w tych złych warunkach. Zaraz wieczorem po operacyi ciepłota wróciła do stopnia prawidłowego, a podniosła się dopiero, kiedy kamyki zaczęły z miedniczek nerkowych zstępować do pęcherza, wywołując napady ogromnie bolesne, a nawet krwotoki. Rana pęcherza była wtenczas już z pewnością zagojoną, tak samo, jak rana w powłokach brzusznych, gdzie tylko nieznaczne ropienie w kanałach kilku szwów się pokazało. Napady kolki powtórzyły się kilka razy i w każdym takim napadzie podniosła się ciepłota, w moczu pokazała się ropa i wystąpiła znaczna bolesność w okolicy nerki lewéj tak, że wahaliśmy się, czy ostatecznie nie wypadnie wykonać nefrotomii. Po wydaleniu stosunkowo dość wielkich, wrzecionowatych kamyczków (jeden z nich był około 2cm. długi) chory zwykle wracał do sił, ciepłota spadała, mocz stawał się prawidłowy. Obecnie znajduje się chory znowu w takim stanie swobodnym. (Dok. nast.)

[1]) *Successfull suture of the bladder after traumatic rupture. Ref. im C. f. Chir.*, 1887.

II. Przyczynek do rozpoznania wysięków prawostronnych opłucny.

Podał
Dr. Władysław Biegański,
lekarz szpitala N. M. P. w Częstochowie.

Z pomiędzy wszystkich chorób zapalenie opłucny należy do rzędu tych, których rozpoznanie doprowadzone zostało do możliwéj doskonałości. Dzisiaj dokładnie możemy określić początek i koniec choroby, jakość i ilość wysięku. Zdawałoby się, że dodać coś nowego do tego olbrzymiego materyjału, nagromadzonego przez całe dziesiątki lat siłami Laënneca, Piorryego, Škody i innych, jest rzeczą prawie niemożebną. Zdarzają się jednak wciąż przypadki, w których rozpoznanie musi się wahać, w których na razie powstają liczne wątpliwości, już to w skutek nie dość wybitnych objawów, już to w skutek nieznacznych zmian patologicznych, niepochwytnych w początkach choroby dla klinicznego badania. Każdemu z lekarzy zapewne znane są przypadki rozwiniętego zapalenia opłucny, gdzie długi czas rozpoznanie wahać się musi pomiędzy naciekiem zapalnym płuca, a wysiękiem w jamie opłucnéj, dopóki nie wystąpią objawy, przemawiające sta-

nowczo za tą lub ową chorobą. Daleko jednak ważniejszą pod względem praktycznym rzeczą jest rozpoznanie zapalenia opłucny w samych początkach choroby. Niekiedy rozpoznanie to jest bardzo łatwém ze względu na wczesne występowanie decydującego objawu tarcia opłucny, w innych zaś razach objaw ten nie tak wcześnie lub wyraźnie występuje, przez co utrudnia rozpoznanie i sprowadza słusznie pewne wątpliwości co do tłumaczenia innych znajdowanych objawów. Nieraz bowiem spotykamy przy badaniu nieznaczne przytępienie opukowego odgłosu w dolnych odcinkach płuc, bez wyraźnych zmian przysłuchowych, i wahamy się co do znaczenia tych zmian: czy to jest zgrubienie opłucny po przebytém w tém miejscu zapaleniu, czy świeży wysięk; czy też stłumienie to należy odnieść do śledziony lub wątroby, powiększonych, lub też podniesionych. W tych przypadkach niekiedy i inne uboczne objawy nie dają nam podstaw dostatecznych, zmuszeni więc jesteśmy pozostawić wyjaśnienie téj kwestyi czasowi, dopóki pewniejsze objawy nie wystąpią.

Podobna wątpliwość w rozpoznaniu nietylko ma teoretyczną niedogodność, lecz nie pozostaje także i bez szkody dla chorego. Prof. Gerhardt na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego berlińskiego w 1886 roku podniósł tę kwestyę i słusznie ocenił praktyczne jéj znaczenie. Rozpoznając w samych początkach zapalenie opłucny, możnaby, zdaniem Gerhardta, często przez samo tylko zalecenie bezwzględnego spokoju przerwać w początkach tę tak uporczywą i długotrwałą chorobę. W celu wczesnego rozpoznania w wątpliwych przypadkach poleca opukiwanie w różnych położeniach ciała, szczególniéj w linii pachowéj przy położeniu chorego na boku. Zmiana miejsca stłumienia najlepiéj przekonywa o istnieniu świeżego wysięku. Możnaby tu także stosować zalecone przezemnie przy lewostronnych nieznacznych wysiękach opukiwanie granic półksiężycowéj przestrzeni w położeniu stojącém, lub na czworakach. Sposoby powyższe, jakkolwiek niezaprzeczenie ważne, nie w każdym przypadku mogą dać rezultaty zadowalające, już choćby dla tego, że ruchomość nawet dużych wysięków jest dość ograniczoną, a małe wysięki w skutek samego przylegania do ścianek opłucny nie mogą zbyt łatwo zmieniać miejsca. Potrzeba zwykle dość długiego przebywania chorego w odmiennem położeniu, nim wystąpi przemieszczenie wysięku i, co zatém idzie, zmiana miejsca stłumienia. To też klinika skwapliwie przyjąć powinna każdy objaw, mogący posłużyć dla rozpoznania nieznacznych wysięków. Jako taki objaw dla prawostronnych wysięków uważam na zasadzie licznych spostrzeżeń powiększenie stłumienia serca w wymiarze poprzecznym.

Po raz pierwszy na objaw ten zwróciłem uwagę w początkach roku 1886. Opukując w szpitalu chorego na prawostronne zapalenie opłucny z niewielkim wysiękiem (z tyłu wysięk przechodził na 2cm. dolny kąt łopatki, z przodu stłumienie zaczynało się w linii sutkowéj na 6 żebrze) zauważyłem znaczne powiększenie poprzecznego wymiaru serca, stłumienie bowiem przechodziło na 2 blisko cm. po za prawy brzeg mostka. Chory był młody, silny (strażnik pograniczny) żadnéj wady ani w sercu ani w płucach zauważyć nie można było, to też byłem zdziwiony, znajdując tak znaczne stłumienie w tym kierunku, które tłumaczyłem sobie naówczas rozszerzeniem prawego przedsionka i komórki w skutek utrudnionego obiegu krwi w płucach. Dziwiło mnie jednak, dla czego tak mały wysięk sprowadza tak znaczne rozszerzenie serca, tembardziéj, że ani akcentowania drugiego tonu tętnicy płucnéj, ani zmian w tętnie, oznaczających osłabienie sprawności mięśnia sercowego, nie znalazłem. Inaczéj jednak objaśnić sobie sprawy téj podówczas nie umiałem. Wkrótce potém spostrzegałem znów w szpitalu drugi przypadek prawostronnego zapalenia opłucny z małym wysiękiem i prawie te same zmiany opukowe znalazłem. Na tego chorego, oraz na powyższy obraz zwróciłem teraz szczególną uwagę. Określiłem zaraz po przybyciu chorego do szpitala kredką rozmiary stłumienia serca i obserwowałem codziennie zmiany. Wysięk, nie wiele z początku zwiększywszy się, pozostał na jednym stopniu przez dość długi czas (3 tygodnie) i potém powoli następowało wessanie. Otóż zauważyłem, że w miarę wessania prawy brzeg stłumienia serca, zaledwie przechodzący prawy brzeg mostka, wciąż przesuwał się ku prawéj stronie tak, że w końcu po zupełném wessaniu znajdował się na 2cm. na prawo od prawego brzegu mostka. Równocześnie lewy brzeg stłumienia serca przesunął się także ku mostkowi, prawie na taki sam rozmiar (2cm.). W tym przypadku widoczném więc było przemieszczenie serca ku stronie prawéj w skutek ściągnięcia się prawego płuca. Lecz dla czego zaraz z początku następuje przesuwanie się prawego brzegu stłumienia serca po za prawy brzeg mostka, było również dla mnie niezrozumiałém. W każdym razie w obu przypadkach objaw ten wybitnie wystąpił, postanowiłem więc w dalszym ciągu w razie odpowiednich przypadków zwracać nań uwagę.

Od tego czasu spostrzegałem jeszcze w szpitalu 5 innych przypadków prawostronnego zapalenia opłucny, z tych 4 z małemi wysiękami, a jeden ze znacznym, który jednak miałem możność spostrzegać od samego początku choroby. Otóż we wszystkich powyższych przypadkach objaw, o którym mówimy, przy małych wysiękach występował stale, przy dużym wysięku wystąpił zaraz w początku choroby, kiedy zaś wysięk powiększył się i doszedł do dolnego brzegu 4go żebra z przodu, objaw znikał, jak łatwo zrozumieć, gdyż wtedy stłumienie serca przechodziło wprost w stłumienie wysięku. Kiedy atoli nastąpiło wessanie, znowu owo stłumienie w dolnéj części mostka wystąpiło wyraźnie i trwało wciąż w jednakowym stopniu aż do wypisania się chorego ze szpitala. W ostatnich kilku miesiącach spostrzegałem znów 2 przypadki podobne, w których jednak, opierając się na powyższych spostrzeżeniach, korzystałem już dla rozpoznania z powyższego objawu.

Jeden przypadek dotyczył mężczyzny 34 lat, urzędnika sądowego, którego poprzednio badałem i żadnéj wady organicznéj ani w sercu, ani w płucach nie znajdowałem. Nagle pewnego dnia dostał dreszczów, gorączki i mocnego bólu w nogach. Dwa dni przeleżał, nie radząc się wcale, na trzeci dzień wezwał mnie do siebie. Uskarżał się tylko na mocne rwanie w odnogach dolnych, gorączka była 39·5°, ani kaszlu, ani kłucia w piersiach nie było. Dla dokładności jednak badałem klatkę piersiową i znalazłem z przodu znaczne powiększenie stłumienia serca w poprzecznym wymiarze. Ponieważ nic podobnego przy poprzedniém badaniu nie znajdowałem, przyszła mi myśl, czy przypadkiem nie ma zapalenia opłucny. Zbadałem więc dokładnie płuca chorego i zaledwie nieznaczne przytłumienie mogłem wykazać w dolnym odcinku prawéj strony klatki piersiowéj, nie więcéj jak na jeden plesymetr. Zresztą żadnéj zmiany w oddechu, ani tarcia opłucowego. Na zasadzie jednak powyższych zmian dość śmiało rozpoznałem zapalenie prawostronne opłucny. I w rzeczy saméj po dwóch dniach pokazało się tarcie opłucny i wystąpiło w całéj pełni mocne zapalenie wysiękowe, z powodu którego chory przeleżał 2 miesiące.

Drugi przypadek dotyczył chorego w szpitalu, strażnika pogranicznego, uskarżającego się tylko na kaszel. Choroba przebiegała bez gorączki i ze względu na liczne świszczące rzężenia można było przypuścić zapalenie oskrzeli. Przy badaniu jednak zastanowił mnie powiększony wymiar poprzeczny serca, z tyłu lekkie stłumienie opukowego odgłosu w dolnych częściach z prawéj strony. Nie dowierzałem jednak sobie, moje wątpliwe rozpoznanie brzmiało: *Pleuritis* i zastosowałem pryszczydła. Po kilku dniach obszerne i wyraźne tarcie opłucny z prawéj strony w dole przekonało mnie o słuszności rozpoznania.

Nie chcę więcéj trudzić czytelników opisem, zresztą nieciekawych wcale przypadków, a tylko na zasadzie wszystkich podstaw zebranych ze spostrzeżeń wysnuję w krótkich słowach wnioski, które można streścić jak następuje:

W zapaleniu opłucny prawostronném bardzo nieznaczny wysięk sprawia, że stłumienie serca powiększa się w wymiarze poprzecznym (z jakiéj przyczyny zobaczymy późniéj). Powiększenie to jest znaczne, zajmuje zwykle całą szerokość mostka, a nawet przechodzi o 1—2cm. po za prawy brzeg takowego. Prawy brzeg stłumienia serca przedstawia wtedy liniję nie równoległą do środkowéj linii ciała, lecz ukośną; zaczyna się ona na miejscu przyczepienia 4 prawego żebra i idzie na dół, coraz więcéj oddalając się od prawego brzegu mostka. Na granicy prawego brzegu stłumienia odgłos opukowy płucny przyjmuje odcień bębenkowy. W miejscu stłumienia, mianowicie na mostku i na prawym brzegu tegoż, słychać przy wysłuchiwaniu bardzo osłabiony szmer oddechowy. Tony serca wysłuchiwane na dolnym końcu mostka nieco wyraźniéj są słyszalne. Akcentowania drugiego tonu tętnicy płucnéj zwykle nie ma. Objaw powyższy występuje bardzo wcześnie i trwa, dopóki wysięk na tyle się nie powiększy, że stłumienie wysięku zlewa się ze stłumieniem serca. Po wessaniu wysięku objaw znów występuje, a nawet po zupełném wessaniu daje się wykazać przez bardzo długi czas, rok lub więcéj. W tym ostatnim razie występuje niekiedy przemieszczenie całkowite stłumienia serca o 2cm. lub więcéj na prawo.

Takie są wnioski ze spostrzeżeń poczynione. Przedmiot powyższy widocznie dotychczas nie zwracał na siebie uwagi klinicystów. Przeglądając dostępną mi literaturę, przeważnie podręcznikową, nigdzie najmniejszéj wzmianki o tym objawie nie znalazłem. Ani Niemeyer *(Lehrb. der spec. Path. und Therapie* z r. 1863), ani Fraentzel (Choroby opłucny w podręczniku Ziemssena z r. 1876 tłum. pol.), ani Jaccoud (Wykład patol. i terap. szczegół. z r. 1884 tłum. pol.), ani Sée (*Lungenkrankheiten* T. III. z r. 1887 tłum. niemiec.), ani w podręcznikach dyjagnostyki Guttmanna (tłum. pol. z r. 1877), Weila *(Handb. der topogr. Percussion* z r. 1877), Eichorsta (tłum. rosyjsk. z r. 1882), Woilleza (tłum rosyjsk. z r. 1880), Dra Costy (tłum. niemiec. z r. 1887), nigdzie nie spotkałem uwag, któreby mogły dowodzić, że na objaw ten gdziekolwiek zwracano uwagę. W jednéj tylko Encyklopedyi Eulenburga wydanie 2gie, w artykule *Brustfellentzündung*, znajdujemy w następujących słowach wzmiankę o powyższym przedmiocie: „Na jeden fakt muszę tutaj zwrócić uwagę, mianowicie na powiększenie stłumienia serca w poprzecznym wymiarze, wynoszącym niekiedy 2cm. przy prawostronnych wysiękach. Zdaje się, jakby już przy małych bardzo wysiękach prawostronnych ciecz bardzo wcześnie nagromadzała się w przestrzeni opłucny, graniczącéj z sercem i tym sposobem rzecz cała przedstawia się jako rozszerzenie serca na prawo“. Z powyższego widoczném jest, że autor artykułu Rosenbach spostrzegał dokładnie powyższy objaw, zwrócił na niego uwagę, a nawet podał w przypuszczeniu objaśnienie powyższego faktu. Sam Rosenbach podaje, że na fakt ten dotychczas (1885 r.) nie zwracano wcale uwagi. Po tém wszystkiém pozostaje nam jeszcze objaśnić powstanie powyżéj wspomnianego objawu. Pierwsza myśl, jaka powstaje przy stwierdzeniu powiększenia poprzecznego wymiaru serca, jest ta, że przy wysiękach opłucny następuje w skutek utrudnionego krwiobiegu krwi w płucach rozszerzenie prawéj komórki. Rzeczywiście znaném jest oddawna spostrzeżenie, że przy znacznych wysiękach opłucny, przy zupełnym ucisku jednego płuca krew musi być przepychana ze zwiększoną siłą przez węższe znacznie łożysko. W skutek tego praca prawéj komórki wzrasta i jeżeli stan ten trwa długo, może nastąpić przerost z rozszerzeniem prawéj komórki. Samo zaś rozszerzenie bez przerostu mogłoby nastąpić tylko wtedy, gdyby mięsień sercowy był wyczerpany, niezdolny na wzmożone zapotrzebowanie odpowiedzieć wzmożoną czynnością. To ostatnie więc byłoby możebném przy istniejących jakich wadach mięśnia sercowego, u osób ze zwyrodnieniem tłuszczowém serca lub wyniszczonych. U osób młodych, silnych, występować może tylko wzmożona czynność i pośrednio przerost. Taka wzmożona czynność wyraża się zwykle przez zaostrzenie 2go tonu tętnicy płucnéj, dopiero zaś przerost, występujący w skutek długotrwającéj wzmożonéj czynności, daje powiększone stłumienie serca. Tak w tym, jak i w drugim przypadku, koniecznie jednak powinno być wspomnione zaostrzenie. Właśnie to, czego my nigdy nie znajdowaliśmy przy badaniu w powyższym objawie. Powtóre trudno jest pojąć, jak takie nieznaczne wysięki, mało co uciskające na płuco, mogą sprowadzać jakąkolwiek zmianę w krążeniu płucném, a tém samém w czynności komórki prawéj. Gdyby tak było, nie byłoby przyczyny, dla czego wysięki prawostronne miałyby inaczéj oddziaływać, aniżeli wysięki lewostronne. Tymczasem nawet dość znaczne wysięki lewostronne, przy których czynność lewego płuca jest znacznie upośledzoną, nie wywołują ani wzmożonéj czynności, ani rozszerzenia prawego serca. Miałem sposobność niejednokrotnie o tém przekonać się. Przy takich lewostronnych znacznych wysiękach widziałem prawy brzeg stłumienia serca ani na włos nieodstępujący od lewego brzegu mostka, jeżeli, rozumie się, wysięk nie sprowadza przemieszczenia sąsiednich narządów. A zatem przypuszczenia, jakoby objaw opisywany zależał od rozszerzenia serca, nie można żadną miarą przyjąć. (Dok. n.)

III. Z zakładu patologiczno-anatomicznego prof. Dra Hlavy w Pradze czeskiéj.

Chroniczne zapalenia śródmiąższowe wątroby (Hepatitis interstitialis chronica).

Podał

Dr. Andrzéj Obrzut,

Docent anatomii patologicznéj i I. asystent patologiczno-anatomicznego Zakładu.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 5).

Królik Nr. 8 zdechł w stanie bardzo wychudłym 22 dnia. Żółtaczka znaczna, przewody tylko u wnęki wątroby znacznie

rozszerzone, wewnętrzne nie okazują makroskopowo tego rozszerzenia. Wątroba rozmiarów prawidłowych, na powierzchni gładka, miejscami tylko, zwłaszcza w okolicy brzegów przednich, delikatnie ziarnista, na przekroju barwy żółto-zielonawéj, konsystencyi zbitéj, przy krajaniu czuć lekkie trzeszczenie. Przy małych powiększeniach przedstawia się marskość, jako wybitnie jednozrazikowo pierścieniowa (*monolobularis annularis*). Przestwory międzyzrazikowe są jeszcze więcéj niż w doświadczeniu nr. 7 rozszerzone, a składają się podobnie jak tam z tkanki łącznéj, z wielkiém mnóstwem pseudokanalików, wypustki ich, czyli owe promienie wbiegające między 2 sąsiednie zraziki, spotkały się już wszędzie z sąsiedniemi. Oprócz tych objawów sprawy zapalnéj, rozciągającéj się wzdłuż przestworów żyły brzusznéj, znajdujemy często ogniska zapalne i wśród zrazików, kształtu gwiazdkowatego, z licznemi wypustkami, które dążą wzdłuż naczyń włosowatych ku obwodowi i ku środkowi zrazików. Tkanka łączna i w tych ogniskach śródzrazikowych ma wszystkie cechy tkanki około żyły bramnéj, mianowicie mnóstwo pseudokanalików. Wśród całego miąższu znajduje się tak wielkie mnóstwo barwiku w postaci bryłek, jako też drobnych ziarn, że nóż mikrotomu po każdym prawie skrawku musiał być na nowo ostrzony. Największe mnóstwo znajduje się go między tkanką łączną około żyły bramnéj a obwodowemi częściami zrazików. Granica między tkanką łączną a miąższem nigdzie nie jest ostrą, obwodowe komórki wątrobowe pomięszane tu są z komórkami przybłonka, leżącemi bez ładu, jako też z pseudokanalikami. Tkanka łączna ma cechy tkanki granulacyjnéj, z nieznaczną ilością drobnoziarnistego barwika i wnika w sposób rozlany w obwodowe części zrazików. Uderzającém daléj zjawiskiem wśród miąższu jest przemiana pewnych grup komórek wątrobowych w błyszczące, jednostajne bezbarwne masy, w których czasem tylko widać kontury niebarwiących się jąder. Zmiana ta ogranicza się niekiedy do 2, 3 lub w ogóle kilku komórek wątrobowych, w innych razach ogniska takie są większe i liczniejsze, tak, że na poprzecznym przekroju zrazików (prostopadłym do żyłki środkowéj) zrazik składa się z pewnéj liczby beleczek wątrobowych, prawidłowo się barwiących, po których na przemian następują beleczki jednostajnie błyszczące. Komórki wątrobowe z ową przemianą szklistą nie zawierają nadmiaru barwika, owszem, jest go tam nawet mniéj niż w komórkach prawidłowo zabarwionych. Ogniska zapalne śródzrazikowe nie stoją w żadnym związku z komórkami szklisto przemienionemi. Ściany naczyń, jako też przewodów żółciowych międzyzrazikowych, są nieznacznie zgrubiałe, przybłonki przewodów miejscami prawidłowe, miejscami okazują rozpad. Ściany żyłki środkowéj także zgrubiałe stoją w związku z tkanką łączną śródzrazikową. Komórki wątrobowe w ogóle są dobrze zachowane, kontury ich równe, ostre, wiele z nich jednak okazuje różne stopnie zaniku. W miejscu niektórych znajduje się tylko gromadka ziarnistego barwika, przypominająca swym kształtem dawną komórkę wątrobową. Ma to miejsce tak wśród zrazików, jako też na komórkach odsznurowanych tkanką łączną od obwodu zrazika.

Królik Nr. 11 dobrze odżywiony, dorosły, przewód żółciowy podwiązany 20 czerwca 1886; zdechł 24 lipca 1886, żył zatem po operacyi 35 dni. Żółtaczka bardzo nieznaczna, pojawiła się dopiero w ostatnich dniach i była zaledwie dostrzegalną na spojówce ócz. Zwierzę zdechło w stanie bardzo wychudłym. Wątroba zdaje się, że ma objętość prawidłową, barwy brunatno zielonawéj, powierzchnia delikatnie ziarnista, torebka lekko zgrubiała. Powierzchnia przekroju barwy także brunatno zielonawéj, zbitość znacznie zwiększona. Przewód żółciowy po za podwiązką rozszerzony na grubość małego palca, ściany jego znacznie zgrubiałe. Podobnie są rozszerzone przewody wątrobowe i przewód pęcherzykowy. W przewodach znajduje się żółć zielonawa, dosyć gęsta, pomięszana z piaskiem żółciowym brunatno zielonawym. Przewody wewnętrzne nie wydają się znacznie rozszerzonemi. Żółtaczka w narządach wewnętrznych zaledwie dostrzegalna, w jamie brzusznéj kilka gramów żółtawego przesięku.

Badanie mikroskopowe. Najlepsze wyobrażenie o zniszczeniu miąższu wątrobowego na korzyść bujającéj tkanki łącznéj powziąć można z preparatów stwardniałych w roztczynie Fleminga przez 3 dni, a potem w wyskoku 2 dni. Preparaty takie pod wielu względami inaczéj się zachowują co do barw. Barwy anilinowe, zwłaszcza niebieskie i hematoksylu, barwią silnie pierwoszcze i ciałka krwi czerwone, podczas gdy jądra komórek wątrobowych pozostają prawie bezbarwne, przeświecają z ciemnego pierwoszcza, ale kontury ich są jasne, ostre. Preparaty tego rodzaju wykazują, że większa część miąższu wątrobowego zastąpiona jest przez tkankę łączną. Przestwory międzyzrazikowe znacznie porozszerzane, na koszt obwodowych części zrazików. Około żyłki środkowéj znajduje się także szeroka warstwa tkanki łącznéj, tak, że tylko środkowa błona między obwodem a środkiem zrazików jest zachowaną. Tkanka łączna okołozrazikowa i nagromadzona około żyłki środkowéj komunikują z sobą za pomocą licznych wypustek łącznotkankowych, promienisto przebiegających i komunikujących z sąsiedniemi za pomocą nielicznych wypustek poprzecznych. Odpowiadają one przebiegowi naczyń włosowatych, dla tego ich przebieg jest promienisty na przekrojach prostopadłych do żyłki środkowéj i podobnie jak naczynia włosowate we fizyjologicznéj wątrobie komunikują z sobą. Te zrosty łącznotkankowe, łączące przestwory międzyzrazikowe z tkanką około żyłki środkowéj nagromadzoną, są różnéj szerokości. Niekiedy są one bardzo wąziutkie, w innych razach i to dosyć często, zajmują one miejsce 2—3 i więcéj beleczek wątrobowych. Zachowane beleczki wątrobowe, a raczéj tylko ich większe lub mniejsze odłamki, są ze wszech stron otoczone tkanką łączną. Objawów ucisku zachowanego miąższu nie widać nigdzie; jest tu tylko proste zastąpienie tegoż przez tkankę łączną. Z tego też powodu kierunek i przebieg tych niekiedy rudymentalnych tylko beleczek wątrobowych przypomina w zupełności stosunki prawidłowe, t. j. na przekrojach prostopadłych do żyłki środkowéj beleczki te są promienisto ułożone, na przekrojach zaś równoległych do tychże ułożenie tych beleczek skróconych od obwodu i od środka jest prostopadłe do żyłki środkowéj. Naczynia włosowate śródzrazikowe nie są zamknięte, jak to dobrze widzieć można po pięknie zabarwionych ciałkach krwi czerwonych, które je wypełniają.

Własności tkanki łącznéj i miąższu przedstawiają się wyraźnie na preparatach stwardniałych w wyskoku lub roztczynie Fleminga, ale barwionych safraninem lub karminem. Przestwory międzyzrazikowe składają się z tkanki łącznéj, zawierającéj w równéj ilości komórki wrzecionowate i limfoidalne. Tutaj spotykamy jako najważniejsze zjawisko pseudokanaliki w wielkiéj ilości, szczególniéj zbliżając się do granicy miąższu. Stanowią one tutaj główną masę przestworów międzyzrazikowych. Pseudokanaliki te nie różnią się niczem od opisanych w poprzednich przypadkach. Na granicy zachowanego miąższu a tkanki łącznéj, wchodzącéj z obwodu w zrazik, znalazłem podobnie jak i w innych przypadkach

marskości eksperymentalnéj lub u zwłok ludzkich, objaw, który zasługuje na największą uwagę. Skoro tylko beleczka wątrobowa znajdzie się otoczoną pasemkiem tkanki łącznéj, a widać to na całym obwodzie zrazika, zaraz możemy zauważyć przemianę wielkich komórek wątrobowych w wielką ilość małych przybłonkowych, które łączą się z szeregami komórek przybłonkowych w przestworach międzyzrazikowych. Ilość pseudokanalików zmniejsza się, zbliżając się ku środkowym częściom przestworów, ale zawsze jest ona większą, niż w jakiejkolwiek marskości zanikowéj. Przewody żółciowe międzyzrazikowe, podobnie jak żyła bramna i tętnica wątrobowa, mają ściany lekko zgrubiałe i leżą w tkance łącznéj, z którą spływa ich błona zewnętrzna. W ich najbliższém otoczeniu nie widać więcéj komórek limfoidalnych, niż w reszcie przestworu międzyzrazikowego. Średnie i najmniejsze przewody żółciowe (międzyzrazikowe) są bez zmian, nigdzie nie widziałem, aby ich przybłonek, bujając, wypuklał lub przebijał ścianę. Często tylko w ich świetle znajdował się krystaliczny barwik żółciowy. Większe przewody żółciowe są wiernie porozszerzane, ściany ich zgrubiałe, przyblonki ich częścią prawidłowe, lub w kilku warstwach, z których część rozpada w miazgę. Na naczyniach nie widać ani śladu zapalenia żyl lub tętnic, zgrubienie zatem dotyczy głównie błony średniéj i zewnętrznéj.

Barwika znajduje się tutaj jeszcze więcéj niż w poprzednich eksperymentach i to tak w postaci ziarn, jak i większych bryłek. W pseudokanalikach i tkance łącznéj okołożylnéj znajduje go się najmniéj, gdzieniegdzie zaledwie ślady. Najwięcéj zawierają go zachowane komórki wątrobowe na obwodzie zrazików. I w tym przypadku są dosyć często wśród miąższu zachowanego ogniska zwyrodnienia szklistego komórek wątrobowych, ale mniéj liczne niż w przypadku Nr. 8. Nie stoją one w żadnym związku z głównemi pokładami tkanki łącznéj, są zwykle okrągławe i silnie nasiąkłe barwikiem żółciowym, tak, że dopiero po rozpuszczeniu barwika występuje budowa tych ognisk. Składają się z jednostajnych bryłek bezbarwnych, przypominając swym kształtem komórki wątrobowe, lub ich odłamki. Jądra komórek wątrobowych, w ten sposób przemienionych, są gdzieniegdzie widoczne, ale bezbarwne. Najbliższe otoczenie takich ognisk składa się z zanikających komórek wątrobowych. Pseudokanaliki nie wnikają nigdy do tych ognisk zwyrodniałych. Nie widać tu także żadnego oddziaływania na obwodzie. Marskość jest tu zatem pierścionowatą i jednozrazikową, a zarazem tak około jako téż wśródzrazikową *(peri- et intra lobularis)*. (D. c. n.)

IV. Ze szpitala powszechnego we Lwowie.

O leczeniu gruźlicy płuc wstrzykiwaniami miąższowemi kreozotu.

Przez

Dra Leona Rosenbuscha

Sekundaryjusza oddz. wewn.

(Dokończenie).

Dzień		Ciepłota R.	Ciepłota W.
21/IX	Kaszel częsty, oddechy znacznie przyspieszone, krwio-	38	38·6
22	plucie. Worek lodowy na serce	37 8	38·9
23	. . . .	37·4	39
24	**Zastrzyknięto w szczyty z przodu obustronnie po 0·15**		
	. . . . I ×	37·9	38
25	Kaszel mniejszy — duszność tak samo	37·7	37·8
26	Plwocin znacznie mniejsza ilość przeważnie śluzowe.	37·4	38
27	lekko krwią ubarwione	37	37·8
28	. . . .	37·6	38
29	. . . .	38·1	38·3
30	Obustronnie po 0·015 kr. w szczyty od tyłu . II ×	38·1	38·5
1	Kaszel ustąpił zupełnie	37	37 4
2	Stan sił znacznie lepszy, sinica i duszność ustąpiła.	37·5	37·8
5	Górna granica wypociny obniża się. Ilość rzężeń	37·5	37·6
8	w szczytach znacznie mniejsza. Potów nocnych	37·9	38
12	nie miewa	38	38
13	**Obustronnie z przodu w II przestwór międzyżebrowy**		
	0·015 . . . . III ×	38·1	38·2
14	. . . .	37·2	37·4
16	**Obustronnie od tyłu w szczyty po 0·015 kr.** IV ×	37·8	37·2
17	. . . .	37	37·2
18	. . . .	37·2	37·4
19	. . . .	37	37·2
20	**Po obu stronach od tyłu w szczyty po 0·015 kr.** V ×	37	37
21	Stan ogólny znacznie się poprawił, odżywienie obe-	36·8	37
22	cnie znacznie lepsze, cera zdrowa. Kaszlu wcale	37	37
23	nie miewa. Wypuk nad szczytami wyjawniał a rzę-		
24	żeń nie ma. Przy głębokim wdechu w szczycie le-		
25	wym wysluchać można świsty. Wysięk opłucny		
26	ustąpił Wypuk nad stroną prawą jeszcze przy-		
27	tłumiony. Chory opuścił szpital d. 28 października		
28	b. r. w zupelnie dobrym stanie. Otrzymal pięć		
	wstrzykiwań	37	37

V. Stef. S., l. 33 liczący, czeladnik fryzyjerski od roku doznaje kaszlu i potów. Cera blada. Wyniszczenie ogólne. Z przodu stłumienie nad obydwoma szczytami, sięgające do II żebra od tyłu lewéj do polowy łopatki, po stronie prawéj sam szczyt stłumiony. Wdech i wydech nad szczytami oskrzelowy. Po kaszlu liczne drobno i średnio-bańkowe rzężenia dźwięczne. Kaszel częsty, plwociny pieniążkowate, w nocy obfite miewa poty. Ciepłota wieczorna od 28 września do 5 października stale ponad 38·5. Przeciw gorączce stosowano w tym czasie antifebryn, z ujemnym jednak wynikiem. Ranne remisyje bardzo znaczne, do cieploty niższéj od prawidlowéj

Dzień		Cieplota R.	Cieplota W.
5	Kaszel bardzo częsty, upadek sil znaczny, poty	37	38·3
6	obfite w nocy i rano	36·4	38·5
7	. . . .	36·8	38·9
8	Plwocin ilość bardzo znaczna — przeważnie pie-	37	38·2
9	niążkowate	37·2	38 6
10	Zastrzyknięto **w obydwa szczyty od tyłu po 0·025 kr.**		
	. . . . I ×	38·3	38
11	Przez całą noc nie kaszlal. poty mniejsze	36·6	37·6
12	Plwocin również mniej wyrzuca	37·6	37·8
13	**0·05 kr. podskórnie**	37.3	37 5
14	Rzężeń znacznie mniéj w szczytach przeważnie dro-	37·5	36·7
15	bnobańkowe. **Obustr. w szczyty po 0·015** . II ×	37	37·8
16	**0·05 podskórnie**	37 2	37 4
17	. . . .	37	37·6
18	Obustronnie **od tyłu w szczyty po 0·015 kr.** III ×	37	37
19	. . . .	37	37·4
		37	37·2
20	Stan chorego znacznie się poprawil, a rzężenia szczy-	37	37·4
21	towe ustępują, odżywienie lepsze, kaszlu wcale	37	37·5
22	nie ma więcej, tosamo i potów	37	37
23		37	37·4
24	Chory opuścił zakład dnia 24 października, poczem		
	lecząc się ambulatoryjnie otrzymal jeszcze trzy		
	obustronne wstrzykiwania po 0·015 kr. i ma się		
	zupełnie dobrze	37	37·5

VI. Stanisław Kuciński, l. 19, syn gospodarza wiejskiego. Od trzech miesięcy chory Żali się na kaszel, gorączkę i poty. Skóra bardzo blada, sucha, wychudnienie najwyższego stopnia. Z przodu stłumienie w obydwu szczytach; po prawéj do II żebra, po stronie lewéj nad II przestworem międzyżebrowym wypuk wysoki bębenkowy. Od tyłu obustronne stłumienie do kąta łopatki. Nad szczytami rzężenia grubo-bańkowe dźwięczne. Śledziona znacznie powiększona i bolesna. Rozpoznanie: *Tuberculosis acuta, caverna in apice sin.*

Dzień		Cieplota R.	Cieplota W.
7/X	Kaszel ciągly, poty nocne bardzo obfite, bezdech,	39	40·2
8	na wargach sinica. Oslabienie tak znacznego sto-	39·5	40
9	pnia, że chory z łóżka podnieść się nie jest w stanie	39·8	39 9
10	Plwocin ilość bardzo znaczna — przeważnie pie-	39·7	40·3
11	niążkowate	39·6	40
12	Obustronnie **z przodu w II międzyżebrze po 0·015** I ×	38·9	38
13	Kaszel mniejszy. chory śpi w nocy spokojnie . .	37·6	38
14	**Obustronnie 0·025 w szczyty od tyłu** . . . II ×	37·8	38
15		73·6	38·2

Dzień		Ciepłota	
		R.	W.
16	Obustronnie od tyłu w szczyty po 0·015 kr. III ×	37	37·3
17	Kaszel prawie zupełnie ustąpił, plwocin ilość bardzo	37	37
18	mała, przeważnie śluzowe, stan sił lepszy, chory	37	37·8
19	z łóżka wstaje, po lewej z przodu w jamę 0·015	37·2	37·6
20	po prawej w szczyt od tyłu . . . . . IV ×	37	37·3
21		37	37
22	Chory ma się znacznie lepiej, kaszlu wcale nie	36·6	37·2
23	miewa więcéj, z łóżka wstaje i po salach się prze-	36·3	37
24	chadza. Poty ustąpiły zupełnie, ciepłota pra-	36·8	37
25	widłowa	37	37
26		37	37

Od 20 października b. r. dalszych wstrzykiwań nie uskuteczniałem, gdyż chory na nie się nie chciał zgodzić. Przez cały czas aż do 5 grudnia, t. j. przez półtora miesiąca, nie gorączkował, prawie wcale nie kaszlał i potów nie miewał. Stan sił też jego znacznie się poprawił. Od 5 grudnia zaczął wysoko gorączkować, wystąpił bezdech i sinica, rozwolnienie i szybka utrata sił. Do wstrzykiwań nie dał się nakłonić. Umarł dnia 19 grudnia 1887 r.

Sekcyja wykazała: *Tuberculosis pulmonum acuta, caverna in apice sin., ulcera tub. intestinorum.*

VII. Józef Buczkowski, 34 lat liczący, wyrobnik. Od 3 miesięcy ciągły kaszel i krwioplucie. Wieczór ma mierną gorączkę a w nocy obfite poty. Zaraz po przyjęciu do szpitala miał obfity krwotok płucny Odżywienie liche, klatka piersiowa płaska. Z przodu stłumienie w szczycie lewym, od tyłu szczyt prawy do grzebienia łopatki. Wdech i wydech oskrzelowy tamże, przy wdechu rzężenia drobno i średnio-bańkowe, dźwięczne. Kaszel prawie ciągły, plwociny czysto krwawe.

Dzień		Ciepłota	
		R	W.
7/XI	Kaszel ciągły, plwociny krwawe, pieniste	39	40
8		39·5	40·2
9		38	39·5
10	Poty nocne bardzo znaczne, obslabienie znacznego	39	39
14	stopnia	38·8	40
16		39·2	40·1
18	Plwocin śluzoworopnych krwią ubarwionych ilość	37·9	39
20	znaczna, kaszel prawie ciągły, na twarzy lekka	37 6	39·2
22	sinica, oddechy przyspieszone i nasilone . . .	37·4	39·4
24		37·6	39·7
26	Plwociny czysto krwawe, pieniste obok skrzepów	37·7	40·3
27/XI	Ambilat. 0·025 w szczyty od tyłu . . . . . I ×	37·7	37·2
28	Kaszel mniejszy, plwociny lekko tylko krwią ubar-	37·4	37·8
29	wione. przeważnie śluzowe	37·2	37·6
30	Potów nie miewa, plwociny czysto śluzowe . . .	37·4	37·8
1/XII	Ambilat. 0·025 w szczyty od tyłu . . . . . II ×	37·4	37·1
2	Kaszel zupełnie ustał, to samo poty	37	37·3
3	Ambil. 0·025 kr. w szczyty od tyłu . . . III ×	37	37
4	Stan sił dobry, odżywienie się poprawia . . .	37	37
5	Ambil. po 0·025 w szczyty od tyłu . . . IV ×	37	37
6	Chory ma się znacznie lepiéj. Kaszel i poty ustąpiły zupełnie, cera twarzy zdrowa, ilość tkanki		
10	tłuszczowéj mierna, oddech i tętno prawidłowe	37	37
16	Ciepłota stale prawidłowa. Nad szczytem lewym z przodu przytłumienie odgłosu wypukowego — szczyt prawy od tyłu wyjawniał. Oprócz wdechu i wydechu oskrzelowego innych zjawisk nieprawidłowych nad szczytami wysłuchać nie można. Chory dnia 16 grudnia z. r. opuścił szpital.	37	37

VIII. Schloime Kamil, l. 48. Od trzech lat chory. Skarży się na kaszel ciągły i krwioplucie od czasu do czasu występujące. Chory blady niedokrewny, wychudnienie bardzo znacznego stopnia. W okolicy II żebra po stronie lewéj wypuk wysoki bębenkowy, szczyt prawy do II żebra stłumiony od tyłu za obydwoma szczytami stłumienie do grzebienia łopatki, tamże wdech i wydech oskrzelowy, rzężenia średnio-bańkowe dźwięczne. Rozpoznanie: *Tuberculosis pulmonum, cavernae in apice sin.*

Dzień		Ciepłota	
		R.	W.
11/X	Kaszel częsty, plwocin ilość bardzo znaczna, prze-	39	40
12	ważnie śluzowe, krwią ubarwione, w nocy obfite	38·3	39
13	miewa poty; upadek sił bardzo znaczny; zupełny	39	39
14	brak łaknienia. Wieczorami dreszcze	38·5	38·9
15		38	38·8
16	Zastrzyknięto obustronnie w szczyty po 0·025 I ×	38·2	39·2
17	Kaszel mniejszy, plwociny czysto śluzowe, domieszki	37	37·8
18	krwi niezawierające	37·3	37·9
19	Obustronnie od tyłu po 0·015 w szczyty . . II ×	37·2	37
20	Kaszlu wcale prawie nie ma, chory czuje się znacznie	37	37·3
21	silniejszym, łaknienie powróciło, poty nocne ustąpiły	37	37
22		37	37·2
23	Obustronnie z przodu w II międzyżebrze po 0·015 III ×	37	37·4
24		37	37
25	Ilość rzężeń w szczytach znacznie mniejsza, kaszlu	37	37
26	zupełnie nie miewa, chory wstaje i czuje się zupełnie zdrowym. Odżywienie poprawiło się, cera zdrowsza. Dnia 30 października opuścił szpital w stanie zupełnie bezgorączkowym. W szczytach rzężeń nie ma od tyłu. Z przodu tylko po lewéj stronie w szczycie i niżéj tegoż grubobańkowe mokre rzężenia	37	37

IX. Walenty Pelz, l. 23 liczący, czeladnik malarski. Od 5 lat cierpi na kaszel, szczególnie rano występujący. Od 6 tygodni znaczne pogorszenie i gorączka. Niedokrewny znacznie; na twarzy wypieki. odżywienie bardzo liche. Z przodu stłumienie w szczycie prawym do II żebra, od tyłu po stronie lewéj do grzebienia łopatki, po stronie prawéj sam szczyt tylko zajęty. Nad szczytami oddech i wydech silnie zaostrzone, po kaszlu drobne rzężenie. W dole rzężenia średniobańkowe mokre, świsty i furczenia. Plwociny cuchnące silnie w znacznéj ilości. Rozpoznanie: *Tuberculosis pulmonum, bronchitis putrida.*

Dzień		Ciepłota	
		R.	W.
26/XI	Kaszel prawie ciągły, plwociny silnie cuchnące, kłu-	37·3	40
27	cie w boku lewym	38	39
28	Chory bardzo osłabiony, w nocy silne miewa poty	37·7	39
29		37·2	38·8
30	Plwociny ciągle silnie cuchną	37·4	39·3
1/XII		37·3	39
2		37·4	39·2
3		37	38·9
5	Obustronnie od tyłu po 0·025 w szczyty . . . I ×	37·5	39·2
6	Kaszel mniejszy, potów w nocy nie miał	37·2	37·8
7	Klucie ustąpiło zupełnie, plwociny jeszcze cuchną	36·5	36·7
9	Obustronnie od tyłu w szczyty po 0·015 kr. . II ×	37	37·2
10	Plwociny czysto śluzowe niecuchnące	37	36·5
11	Kaszel bardzo nieznaczny, potów wcale nie miewa	36·7	37
12		36·8	37
13		36·5	36·8
15	Obustronnie od tyłu 0·015 w szczyty . . . III ×		
17	Kaszlu i plwocin zupełnie nie ma		
19		37	37
21			
23	Obustronnie po 0·015 kr. w miąższ szczytów od		
25	tyłu . . . . IV ×		
27	Stan chorego znacznie się poprawił; chory wstaje i po salach się przechadza, kaszlu i potów nie ma wcale; cera zdrowsza, odżywienie się poprawia. Badanie szczytów wykazuje nad temiż lekkie przytłumienie odgłosu wypukowego, wdech i wydech zaostrzony. Rzężeń nie ma. Chory szpital opuścił dnia 27/XII	37	37

W końcu dodać jeszcze muszę, że do tych wstrzykiwań używałem kreozotu roślinnego, otrzymanego przez destylacyję drzewa, który zwykliśmy przepisywać *e bitumine fagi*. Nie dość jednak jest zapisać *e bitumine fagi*; przeciwnie poucza mnie doświadczenie, że na miejscu przekonać się trzeba, czy w ogóle kreozot taki apteka posiada.

Mayet (*Bull. der Thér.* XCIII, str. 539) podaje następującą krytykę kreozotu:

Kreozot roślinny, otrzymywany z drzewa a mineralny otrzymywany z węgli kamiennych, oprócz nazwy prawie nic więcéj nie mają ze sobą wspólnego. Pierwszy jest alkoholem obojętnie oddziaływającym, drugi mięszaniną fenylu i kwasu kresylowego a oddziaływa kwaśno. Ciężar gatunkowy pierwszego = 1066—1067, ostatniego = 1044. Roślinny kreozot ma woń dziegciu a woń ta da się wywabić przez jednorazowe mycie mydłem, mineralny ma woń kwasu karbolowego a woń ta jest trudną do wywabienia. Z ługiem potasowym daje roślinny kreozot osad biały, gdy mineralny pozostaje niezmienionym. Rozczyny wyskokowe obydwóch okazują następujące oddziaływania chemiczne:

1) Bardzo rozcieńczony rozczyn półtorachlorku żelaza bardzo szybko przechodzi w barwę brunatną, w mineralnym wywołuje w kreozocie drzewnym zabarwienie zielone, które zaś wywołuje barwę niebieską, która późniéj przechodzi we fijoletową.

2) Jeżeli zmięszamy 15 części kreozotu mineralnego z 10 częściami kolodijonu, otrzymamy masę galaretowatą, podczas gdy kreozot drzewny z kolodijonem zmięszany nie zmienia ani barwy ani téż gęstości.

V. Oceny i sprawozdania.

Chirurgija.

Z kliniki chirurgicznéj Prof. Trendelenburga w Bonn.

Wenzel: **Przyczynek do kazuistyki amputacyi uda według Grittiego.**

Autor opisuje 9 przypadków w ten sposób operowanych, i podaje, że wszystkie zakończyły się wyzdrowieniem. Operacyję wykonywa prof. Trendelenburg w 4 aktach: 1) Utworzenie płatu przedniego; cięcie łukowate łączące oba wyrostki kości udowéj. Środek cięcia leży tuż powyżéj *spina tibiae*. O kilka milimetrów powyżéj przecina się przednią torebkę stawową i więzadło rzepki. 2) Cięcie poprzeczne przez skórę pod kolanem w wysokości podstawy przedniego płatu. Płat przedni da się teraz łatwo unieść w górę. Teraz robi się cięcie pod kolanem na granicy ściągającéj się skóry przez części miękkie aż do kości. 3) Przepiłowanie kości udowéj na szerokość palca wielkiego powyżéj brzegu powierzchni stawowéj wyrostków kości udowéj. 4) Odpiłowanie powierzchni chrzęstnéj rzepki. Rzepkę przymocowywa się do kości udowéj szwem katgutowym. Należy baczyć, aby rzepka przylegała do kości udowéj bez żadnego napięcia. Wielką zaletą téj operacyi jest, zdaniem autora, okoliczność, że pod skórą zamykającą kikut nie leży rana, lecz rzepka przyrośnięta do kości udowéj. W skutek tego kikut jest bardzo wygodny i czynności takowego bardzo dobre. To téż, zdaniem autora, operacyję tę niesłusznie porzucono i jeżli tylko będzie się ją wykonywać starannie, wkrótce zajmie ona poważne miejsce w chirurgii. (*Brl. kl. Woch.* 1888, Nr. 3).

Dr. Rościszewski.

Langenbuch: **Przypadek wycięcia lewego odsznurowanego płatu wątroby — wyleczenie.**

Chora, którą od dłuższego czasu leczono w szpitalu z powodu róży, oświadczyła po wyzdrowieniu, że od 8 lat doznaje bólów w brzuchu, które są najmniejsze, gdy leży na brzuchu, większe, gdy stoi, największe, gdy leży na grzbiecie. W tém położeniu téż doznaje silnego bicia serca, uczucia gorąca w głowie i nogach i uczucia wielkiéj bojaźni. Chora sama oświadczyła, że przyczyną tego jest jakiś guz w brzuchu i prosiła, żeby go wydobyć. Przy badaniu można było rzeczywiście wykazać w górnéj środkowéj części brzucha guz gładki o brzegach grubych, nieco ruchomy. Rozciągał on się od wyrostka mieczykowatego aż na 6 cm. powyżéj pępka, po obu stronach sięgał na 4 palce od linii środkowéj. Rozpoznano bąblowca wątroby, lub wątrobę odsznurowaną i przedsięwzięto operacyję. Po otwarciu jamy brzusznéj pokazało się, że znaczny płat wątroby, leżący po prawéj stronie pęcherzyka żółciowego, był odsznurowany. Ponieważ choréj sprawiał ten guz tak znaczne dolegliwości, postanowiono wyciąć takowy. Zabieg ten wykonano w ten sposób, że tkankę łączną tworzącą most podwiązano kilkakrotnie i płat odsznurowany odcięto. Zdawało się, że wszystkie naczynia były podwiązane, zaszyto tedy jamę brzuszną. Wieczorem jednak powstały objawy krwotoku wewnętrznego tak groźne, że musiano jamę brzuszną ponownie otworzyć. Cała jama była wypełniona krwią, którą gąbkami wydostano, następnie podwiązano krwawiące naczynie i jamę brzuszną ponownie zaszyto. Chora po niedługim czasie odzyskała zdrowie i obecnie żadnych dolegliwości nie doznaje. Jest to pierwszy przypadek, w którym wycięto 370 gramów ważący płat wątroby. (*Berl. klin. Woch.* 1888, Nr. 3).

Dr. Rościszewski.

Baratoux i Dubousquet-Laborderie: **O przeszczepianiu skóry żabiéj celem pokrycia ubytków skóry i błony śluzowéj.**

1. Widząc, jak powoli zabliźniają się rozległe rany powstałe z oparzenia, jak często takowe urągają wszelkim zabiegom chirurgicznym, dążącym do pokrycia ich skórą prawidłową, powziął Dubousquet myśl zastąpienia skóry ludzkiéj, z któréj trudno nieraz otrzymać płat dostatecznéj wielkości, skórą żabią, spodziewając się, że z powodu obfitego unaczynienia i braku gruczołów potowych i włosów, łatwiéj się przyjmie.

Doświadczenie pierwsze urządził D. w ten sposób, że w przypadku rozległego oparzenia na grzbiecie nogi i na podeszwie zaszczepił cztery płatki skóry sposobem przez Réverdina podanym, a na podeszwie, gdzie rana była większa, cztery płatki skóry żabiéj téj saméj, co tamte, wielkości. Przez kilka pierwszych dni płatki skóry żabiéj zachowywały swą barwę, ósmego dnia straciły barwik i stały się podobne do płatków ze skóry ludzkiéj. Po dalszych dziesięciu dniach widocznėm już było, że rana na podeszwie ma większą dążność do zagojenia, niż druga. Odtąd zabliźnienie postępowało tak szybko, że w miesiąc po podjęciu rękoczynu większy ubytek całkowicie się pokrył, podczas gdy rana na grzbiecie nogi była jeszcze na przestrzeni dwóch cm. obnażoną. Blizna otrzymana po przeszczepieniu skóry żabiéj była miękka, sprężysta, niebolesna, druga blizna była nieco napiętą, twardszą, w niektórych miejscach bolesną. Po kilku dniach chory wrócił do codziennych swych zajęć. Przy badaniu blizny po trzech miesiącach nie znaleziono na niéj ani potu ani włosów. Zachęcony tym wynikiem powtarzał D. doświadczenia swoje, i udało mu się w trzech przypadkach (na ośm) rozległe braki skóry całkowicie pokryć. Niepowodzenie w pięciu przypadkach było skutkiem ropienia, resorbcyi płatków i pewnych wpływów miejscowych, które trudno określić, a których z czasem, nabywszy wprawy, uniknąćby można.

2. Drugi z autorów, Baratoux, posługiwał się skórą żabią celem pokrycia ubytków błony śluzowéj nosa i błony bębenkowéj. Cztery przypadki przedziurawienia błony bębenkowéj leczone w ten sposób wygoiły się zupełnie. Jedenaście innych odnosiło się do wrzodów na błonie śluzowéj nosa, gdzie B. szczepił 10—20 płatków, z których przeszło połowa przyjęła się, i wszystkie rękoczyny uwieńczone zostały świetnym wynikiem, wrzody pokrywały się miękką, nieporosłą błoną śluzową. Co więcéj B. próbował zamknąć otwór w przegrodzie nosowéj, powstały z kilaka, ale opatrunek nie zdołał płatka utrzymać. Do podobnych operacyj wycinał B. za pomocą nożyczek skórę z pletwy, lub z brzucha, albo powiekę.

Wyniki tych zabiegów, pomijając wpływ miejsca samego, zależą po większéj części od zachowania pewnych ostrożności i od dobroci opatrunku przeciwgnilnego. Przedewszystkiem musi rana być pokryta zdrową ziarniną, należy unikać dostania się krwi lub ropy pod płatek skóry żabiéj, a wreszcie powinien chory przynajmniéj przez pierwszych 48 godzin zachować zupełny spokój. Aby uniknąć przylepienia się płatków szczepionych do opatrunku, pokrywali je autorowie przy zakładaniu pierwszego opatrunku potrójnemi płatkami wazeliną napojonéj bibuły, które przytwierdzali paskiem przylepca, dając na to opatrunek ściśle antiseptyczny. Zdaniem autorów przez 5 pierwszych dni powinna jedna i ta sama osoba zmieniać opatrunki. (*Le Progrès médical.* 1887). N. 15.

A. B.

Okulistyka.

Prof. Foerster: **O pseudoegipskiém zapaleniu ócz.** (Wykład miany na Walném Zgromadzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Wrocławiu).

W małéj pracy pod powyższym tytułem przedsięwziął autor obniżyć przesadne wyobrażenia o zaraźliwości i groźnym przebiegu t. z. egipskiego zapalenia ócz, które na początku bieżącego stulecia budziło powszechny popłoch wśród rządów i ludów Europy. Porównywając skąpe i niedostateczne opisy ówczesnych epidemij tego cierpienia, w których jest mowa o zarazie ogarniającéj całe armije, o przerażającym procencie ślepnięcia, o faktach z wyraźną nieraz cechą bajeczności, jak to pękanie samoistne rogówek bez poprzedzających wrzodów, o którem wspomina Larrey, naczelny lekarz armii napoleońskiéj w Egipcie, przychodzi F. do przekonania, że taka choroba dziś, w Niemczech przynajmniéj, nie istnieje. O naturze jéj z powodu krańcowo odbiegających od siebie opisów współczesnych sądu dziś wydać nie podobna, najwięcéj jeszcze przypomina ona z przebiegu zapalenie ropne na tle rzeżączki. To co dziś jeszcze nazywamy, a zdaniem autora niesłusznie, zapaleniem egipskiém, nie ma wcale charakteru epidemicznego, ani też nie odznacza się zbytnią złośliwością. Nasza dzisiejsza jaglica jest chorobą endemiczną, a tu i ówdzie dotąd jeszcze wypływające w doniesieniach władz sanitarnych alarmujące wieści o epidemijach „zapalenia egipskiego,“ nie mają żadnych cech epidemii. Autor posuwa się nawet tak daleko, że wobec swoich ujemnych spostrzeżeń powątpiewa w ogóle o zaraźliwości jaglicy, a co najwięcéj przypisuje jéj małą tylko zdolność udzielania się. Zdanie to popierać ma spostrzeżenie F., że w ciągu jego 30-letniéj działalności okulistycznéj, żaden z posługaczy, ani asystentów, zajętych setkami chorych jaglicowych, nie nabawił się tego cierpienia, a z chorych dotkniętych jaglicą na jedném oku, wielu w ciągu długich lat, mimo braku wszelkich środków ostrożności, było wolnych od jaglicy na drugiém oku[1]).

Uwagi autora nad przebiegiem leczenia i stosunkiem jaglicy do mieszkowego zapalenia spojówki nie przynoszą nic nowego i nie różnią się od ogólnie dziś przyjętych zasad. (*Breslauer ärztl. Zeitschrift.*) *Dr. Sroczyński.*

Schmidt Rimpler: **Obustronne zaniewidzenie skutkiem krwotoku przy wyskrobaniu polipów nosowych.**

Nagła utrata wzroku po znaczniejszéj utracie krwi nie należy do rzadkości. Przypadek Schmidt-Rimplera zasługuje jednak z innych względów na uwagę. Tu po wyskrobaniu wybujałości polipowych z jednéj jamy nosowéj występuje krwotok wcale nieobfity (150 do 200 gr.). Chora już w pół godziny po zabiegu uczuwa upośledzenie wzroku, które szybko się wzmaga tak, że nad ranem dnia następnego nie ma już poczucia światła. Dokładniejsze badanie w sześć dni późniéj przedsięwzięte wskazuje brak wszelkiego poczucia światła na prąd galwaniczny, na prawém oku lekkie tylko zamglenie tarczy i jéj okolicy przy normalnéj wyrazistości granic, prawidłowém wypełnieniu tętnic, żyły tylko siatkówkowe silnie pokręcone, przy lekkim ucisku występuje tętnienie tętnic. Na lewém oku objawy poczynającéj się tarczy zastoinowéj, lekkie wysadzenie gałki, napięcie nieco zwiększone. W dalszym przebiegu tarcza n. wzrokowego na prawém oku staje się coraz bledszą podczas gdy na lewém objawy tarczy zastoinowéj wzmagają się, a protruzyja i upośledzenie ruchomości gałki wzrastają. Poczucie światła nie wróciło już późniéj. Rozbierając powyższy przypadek, uważa Sch.-R. zmiany na l. o. za skutek wzrostu mas bujających w przestrzeni noso-połykowéj, a nie mogąc ślepoty wytłumaczyć ischemiczném zwyrodnieniem tłuszczowém nerwu wzrokowego i jego rozgałęzień w siatkówce, jak to wykazał Ziegler w przypadku przez siebie mikroskopowo badanym, w którym istniało znaczne zwężenie tętnic, skłania się do przyjęcia, że rozchodziło się tu o zmiany następowe skutkiem ostréj niedokrewności w ośrodku wzrokowym. („*Klin. Mntsblätt. f. Augenheilk.*“). *Dr. Sroczyński.*

(*H. K.*) Zdanie wypowiedziane najpierw we Francyi, że przez podawanie większych dawek **naftaliny, można u królików sprowadzić zaćmę,** potwierdza prof. Magnus, dodając, że naftalina działa także szkodliwie na ciałko szklane, siatkówkę, nerw wzrokowy i nerki. Magnus podawał królikom do 1klg. ważącym 1—1 $\frac{1}{2}$grm. naftaliny codzień. Ponieważ dawek tak dużych odpowiednio do ciężaru ciała ludziom nie podajemy, nie ma obawy, aby lekarz z téj strony miał po podaniu tego leku jakieś nieprzyjemności. Z doświadczeń tych wynika tylko, że należy być ostrożnym z podawaniem tego leku u dzieci i że można naftalinę podawać, jeśli chcemy przyspieszyć dojrzenie poczynającéj się zaćmy. (*Wiener med. Blätter*, 1887, Nr. 49).

Medycyna wewnętrzna.

Prof. Leube: **Uwagi nad przypadkiem mięsaka opłucny.**

Ciekawy przypadek skombinowanego mięsaka opłucny opisał prof. L. na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Würzburgu, okazał zarazem narządy po sekcyi wydobyte. Chory skarżył się na kłucie w boku prawym, utrzymujące się stale od roku. Badanie wykazało, że w jamie opłucnéj znajduje się płyn, a kilkakrotne nakłócie strzykawką Pravaza wykazało płyn krwawy. Z tego też powodu wstrzymano się z nacięciem klatki piersiowéj, a po $\frac{1}{4}$ roku chory klinikę opuścił. W rok potém chory zjawił się znowu z temi samemi objawami przedmiotowemi, co poprzednio, tylko że drżenie klatki piersiowéj zniesione zupełnie a stłumienie było jeszcze wyraźniejsze. Nakłócie tym razem dało wynik ujemny. Po dwóch miesiącach pobytu w klinice wystąpił obrzęk odnóg dolnych, brzucha i jego powłok, duszność znaczna i chrypka, z powodu któréj odbyte badanie wziernikowe krtani wykazało porażenie więzadła głosowego lewego, a jako przyczynę jego uznano porażenie śródpiersiowe nerwu zwrotnego. Nakłóto jeszcze raz ale dwa razy dłuższą igłą i wydobyto krew prawie czystą. Po pewnym czasie umarł chory wśród napadów duszności i objawów uduszenia. Rozpoznanie kliniczne w obec takiego stanu i przebiegu brzmiało od początku aż prawie do końca: nowotwór śródpiersia po stronie prawéj; ostatnie nakłócie głębokie, które kazało wnosić, że się przebija (nowotworowe) stalsze ciało a dopiero potém przechodzi się do masy płynnej, zmusiło do zmiany rozpoznania na nowotwór opłucny. Sekcyja je stwierdziła wykazując mięsak wychodzący z opłucny, jako przyczynę zaś porażenia nerwu zwrotnego zwapniały i powiększony gruczoł oskrzelowy, niepozostający w żadnym związku z nowotworem. (*Wiener med. Blätter*, 1888, Nr. 1). *H. K.*

(*H. K.*) Prof. Mosler nawięzując do wykładu w Stralsundzie **o leczeniu zapalenia płuc** podaje, że za poradą jednego ze swoich kolegów stosuje **winian antymonowy**, jakto dawniéj polecano i lek ten zapisuje 0·1—0·3 na 200 wody co 1—2 godz.

---

[1]) Na szczęście dziś w chorobach miejscowych i powierzchownie występujących, jak jaglica, nie potrzebujemy już sądu co do zaraźliwości opierać na tak kruchych podstawach, a dodatnie szczepienia na zwierzętach, które przecież nie odznaczają się skłonnością do zapadania na jaglicę, usunęły już pod tym względem wszelką wątpliwość. (*Przyp. sprawozdawcy*).

po łyżce. Z pewnêm uprzedzeniem, powiada M., zapisał go pierwszemu choremu na zapalenie płuc, obawiając się porażającego jego działania; od kilku miesięcy jednak podaje go swoim chorym w pierwszych 3—4 dniach. Wpływa on, zdaniem M., bardzo korzystnie na przebieg choroby, podaje się jednak równocześnie i środki podtrzymujące czynność serca; M. przypuszcza, że winian antymonowy sprowadzając, jak to wynika z doświadczeń Peipera i Schulza, żywszy przypływ krwi do płuc, sprowadza łatwiejsze zniszczenie i wydalenie ptomainów z płuc. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1887, Nr. 47).

(*H. K.*) Jako główną przyczynę niedokrewności i blednicy podaje Clark istniejące w wielu przypadkach zaparcie stolca, nagromadzenie się kału w jelicie grubêm, rozkład tegoż i wchłanianie trujących rozkładowych części. Skład krwi w skutek tego zmienia się. Dowodem tęj teoryi ma być wynik leczenia środkami przeczyszczającemi, połączonemi z żelazem. Na 100 przypadków otrzymywał w 90 dobre wyniki po takiêm leczeniu (*Lancet*, 19 paźdz. 1887). Tak samo podaje Hüllmann że przewlekłe zaparcia stolca są przyczyną blednicy, którą zawsze prawie poprzedzają. Autor ten leczy w ten sposób, że usuwa zaparcie stolca, poprawia i zmienia sposób żywienia a potêm dopiero podaje środki żeleziste, zaleca oprócz tego regularne ruchy, gimnastykę itp. (*Münch. med. Wchschr.*, 1887, Nr. 48).

Lewandowski jest zwolennikiem **elektroterapii w gośćcu stawowym ostrym i przewlekłym**; dobre wyniki po zastósowaniu jéj w ostrym gośćcu mieli już widzieć Botkin, Ziemssen, Frerichs i wielu innych. W 75 przypadkach stosował 4—5 razy dziennie pędzel elektryczny prądu Faradaya w okolicy i na powierzchni stawów zajętych. Bez wyjątku miał być wynik zadowalający. W przypadkach licznych gośćca przewlekłego stósował prąd galwaniczny o sile 6—8 miliamperów, a wyniki otrzymane potwierdziły zupełnie podania Benedikta, Erba, Remaka i innych co do skuteczności. Zarówno próbował z dobrym skutkiem, jak to czynili już i inni, stósowania w krótkich po sobie przerwach na przemian i prądu galwanicznego i Faradaya. (*Deut. med. Wochenschrift*, 1888, Nr. 2). *H. K.*

Modyfikacyja w sposobie spędzania tasiemca. Bettelheim w Wiedniu chcąc zapobiedz często przydarzającym się wymiotom po podaniu naparu korzenia granatowego przeciw tasiemcom, szczególnie u dzieci, poradził (w *Archiv f. klin. Med.*), aby im za pomocą zgłębnika lek wprost do żołądka wlewano. Przekonano się jednak, że i to nie zawsze chroni od nieprzyjemnego działania, nawet pomimo podania kokainu; widocznie lek ten pobudza wprost ścianę żołądka do wymiotów; B. za radą Unny stosował pigułki z tego leku powleczone keratyną, która jak wiadomo, w żołądku nie ulega żadnym zmianom, przeszedłszy do dwunastnicy, w miejscu zwykłéj siedziby tasiemca rozpuszcza się, a lek uwolniony w miejscu skutecznie działa. Leczenie takie trwa wprawdzie dłużéj, bo téż dłuższego czasu potrzeba, zanim pigułki do jelita przejdą, ma się jednak za to pewność, że lek zadziała, i że nie wywoła nieprzyjemnych ubocznych objawów. Podaje on w jednym dniu 15—20 pigułek keratynizowanych, poczêm daje lek przeczyszczający. Rzadko mu się zdarzało, żeby pigułki niestrawione opuściły przewód pokarmowy, prawdopodobnie wychodziły tylko te, które w ostatnich dniach podano. Zapisuje się: *Rp. Extr. fil. mar. aether.*, *Extr. punic. granat. āā* 10·0., *Pulv. jalapae* 3·0 *M. f. pill. keratinisat.* 70. (*Centralblatt f. klin. Medicin*, 1887, Nr. 46). *H. K.*

Farmakologija.

Schütz: **O działaniu leków na ruchy żołądka.**

Z doświadczeń przedsiębranych na żołądkach z psów i królików, według metody podanéj przez Hofmeistra i samego autora z rozmaitemi środkami, doszedł autor do wyników następujących:

1. Emetyna, winian antymonowo-potasowy, apomorfin podrażniają wybitnie ośrodki automatyczne żołądka, podczas gdy strychnin, kofein, weratryn, chlorek borowy, wreszcie nikotyn i pilokarpin słabiéj je podrażniają.

2. Muskaryn podrażnia kończyny nerwowe, po zastósowaniu takowego występowało ogólne kurczenie się żołądka.

3. Fizostygmin, digitalina, ścilaina, heleboreina, zwiększają pobudliwość mięśni tak, że występuje po zastosowaniu takowych ogólne i długo trwające kurczenie się żołądka.

4. Żaden z badanych środków nie porażał ośrodków automatycznych żołądka do tego stopnia, żeby z téj przyczyny ruchy żołądka zupełnie ustały; spostrzegał atoli autor osłabienie ruchów żołądkowych po zatruciu chloralem, uretanem, morfinem, pyrofosforanem cynkowym i arsenianem sodowym, a następnie po zatruciu wielkiemi dawkami nikotynu i pilokarpinu.

5. Atropin poraża kończyny nerwowe w żołądku, eter i chloroform znoszą pobudliwość całego narządu nerwowego, jednakowoż tylko podczas styczności tych leków z żołądkiem; wpływu narkozy (przez inhalacyję tych środków) na ruchy żołądka nie spostrzegał autor.

6. Kurara i chloran potasowy nie sprawiały wyraźnego wpływu na ruchy żołądka; fakt ten wcale nas nie powinien uderzać, gdyż działanie tych środków nie odnosi się do narządów z mięśniami gładkiemi. (*Archiv f. experim. Pathol. u. Pharmak.* T. XXI). *Dr. J. Ł.*

Gaglio: **O niezmienności tlenku węgla i kw. szczawiowego w ustroju zwierzęcym.**

Dotychczas utrzymuje się mniemanie, że przy zatruciu tlenkiem węgla tenże częścią utlenia się w ustroju na kwas węglowy, częścią zostaje wydzielony jako taki. Mniemanie to objaśnia niejedno doświadczenie i godzi zarazem z sobą sprzeczne podania. Tak samo i co do kw. szczawiowego podania dotychczasowe są niedokładne. Wiadomêm jest w ogólności, że po spożyciu bardzo małéj ilości kw. szczawiowego, znajdują się w moczu kryształki szczawianu wapniowego. Z doświadczeń jednak wykonanych na zwierzętach dochodzi autor do wyników, że ani tlenek węgla, ani kw. szczawiowy nie znajdują w ustroju warunków do utlenienia się, i że kw. szczawiowy, jaki znajdujemy w wydzielinach, odpowiada całéj ilości, która została wprowadzoną do ustroju lub w tym ostatnim w powyższych warunkach się wytwarza. (*Archiv f. experim. Pathol. u. Pharmak.* T. XXII). *Dr. J. Ł.*

Uretan lek nasenny wprowadzony do terapii przez Schmiedeberga stanowi cenny nabytek w ręku lekarza, morfinu jednak i chloralu nie zastąpi nigdy. Dobrze go podawać w bezsenności z powodu rozdrażnienia nerwowego w dawce od 1·0 do 2·0, u chorych dotkniętych gruźlicą lub wadami serca, przyczêm na serce nie ma żadnego wpływu. Bólu nie koi, tak samo działa niepewnie w przypadkach ostrego zatrucia wyskokiem. W wielkich dawkach ma według Cozego wywoływać objawy podobnedo zatrucia strychninem. (*Deut. med. Wochensch.*, 1888, Nr. 1). *H. K.*

Doświadczenia kliniczne czynione przez Ewalda nad wartością lawatyw peptonowych pouczyły, że takowe nie bardzo się nadają do zastósowania przez odbytnicę, próby podtrzymania za pomocą nich sił chorego nie mają żadnéj prawie wartości. Za to okazała mu się jako zupełnie wystarczającą do podtrzymania sił chorego i do uwolnienia początkowych dróg przewodu

pokarmowego od czynności (w przypadkach nadżerek, nowotworów, wrzodów, zwężeń, rozszerzeń następowych) **lawatywa zawiesiny z jaj surowych (4—6), czerwonego wina i rozczynu cukru gronowego** (10%—20%). Lawatywa nie powinna przenosić $^1/_4$ litra, przed zrobieniem jéj trzeba dolne części jelita grubego spłukać za pomocą lawatywy z czystéj wody. Również nieodpowiedniemi okazały się co do wartości odżywczéj peptony Merka jak i Kemmericha (*Münch. med. Wochensch.*, 1887, Nr. 52). *H. K.*

(*H. K.*) Erb używa do wstrzykiwań podskórnych **hyoscynu** 0·0002 do 0·0004 a najwyżéj 0·0008 *pro dosi*, jako środka nasennego u osób, u których ani morfin ani bromek potasu, uretan, chloral, paraldehyd itp. nie pomagają. Sen trwa 6 do 8 godzin, nie ma po nim żadnych nieprzyjemnych następstw, zmniejsza poty i wydzielanie gruczołów ślinowych. U chorych dotkniętych drżączką (*paralysis agitans*) znosi niekiedy drżenie na $^1/_4$—$^1/_2$ dnia. Zapisuje on *Rp. Hyoscini hydrochlor. s. hydrojodici s. hydrobromici* 0·005 *Aq. dest.* 10·0. Z tego wstrzykuje E. pół strzykawki czyli 0·0005 leku. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1887, Nr. 51).

(*H. K.*) Bernbeck radzi zapisywać **naftalinę w postaci pigułek** w sposób następujący: *Rp. Naphtal. resublim. part. X. Radicis altheae pulv. part. V. Mucill. gummi arab. q. s. f. pill. centum* (Po wysuszeniu powlec *cum collod. elastic.*) *DS.* 2—3 pigułek dziennie. Powleczenie pigułek kolodijonem ma na celu ochronę ich od działania soku żołądkowego i zapobieganie nieprzyjemnemu odbijaniu się naftaliną. Koniecznym warunkiem jest, aby pigułki przed powleczeniem kolodijonem były dokładnie wysuszone. (*Deut. Amerik. Apoth.-Zeitung.* Lipiec, 1887).

Choroby kobiece.

Zweigbaum: **Przypadek owrzodzenia gruźliczego sromu, pochwy i części pochwowéj macicy.**

O. R. 32 lat licząca, matka 5ga dzieci, które poumierały okazując objawy gastryczne. Rodzice i rodzina poumierali wcześnie. W dziecięctwie przebyła ospę, zresztą była zdrową. W grudniu 1884 r. leczoną była w oddziale ginekologicznym szpitala starozakonnych, gdzie znaleziono: *exulceratio fungosa portionis vaginalis.* Po przypaleniu owrzodzenia żegadłem Paquelina chora po trzech tygodniach jako zdrowa wypuszczoną została. Zaraz w styczniu 1885 r. z powodu znacznych upławów dostała się do szpitala, a w marcu pod opiekę autora, który znalazł: szczyt płuca prawego stłumiony nad nim oddech oskrzelowy, po stronie lewéj nieoznaczony, nad resztą płuca pęcherzykowy, zaostrzony, kaszel. Brzuch wzdęty, w dole bolesny, rozwolnienie. Śledziona powiększona, gruczoły pachwinowe powiększone, twarde, niebolesne. W moczu ślad białka. Od 8miu miesięcy brak miesiączki. W tylnéj ścianie pochwy tuż za wejściem po stronie lewéj jama wielkości orzecha włoskiego o brzegach podniesionych, nierównych, twardych, o dnie nierównem, pokrytém grubą warstwą szarego sadłowatego nalotu. Badanie wziernikowe bolesne. Część pochwowa karafijołowata, podobném owrzodzeniem pokryta. Ciepłota ciała wieczorami 38·5. Rozpoznano gruźlicę części płciowych, co stwierdziło badanie drobnowidowe odciętego kawałka wargi sromowéj mniejszéj, które wykazało znaczną ilość prątków gruźliczych.

Owrzodzenie opatrywano wstrzykiwaniem roczczynu kw. karbolowego i posypywaniem jodoformu. Wśród tego owrzodzenia szybko się szerzące kilkakrotnie się oczyszczały i znów ponownie wypociną pokrywały. W 11 tygodni po badaniu powstała przetoka pęcherzowo-pochwowa, a krótko przed śmiercią do odbytnicy. Pod koniec całe wejście pochwowe przedstawiało jamę szarą cuchnącą. Owrzodzenie części pochwowéj przeszło na sklepienie tylne. W 5 miesięcy zejście śmiertelne śród objawów postępującéj ogólnéj gruźlicy. Oględzin pośmiertnych na zwłokach nie dokonano.

Autor zestawia znane przypadki gruźlicy części płciowych kobiecych, a co do przypadku opisanego, ze względu na brak oględzin pośmiertnych, wykazuje trudność orzeczenia, czy zmiany na częściach płciowych były pierwotne lub następowe. Zaznacza jednak, że zmiany na częściach płciowych były najpierw widoczne, że z macicy zeszły na pochwę i srom, a nadto, że zmiany w innych organach stosunkowo niezbyt wybitne postępowały zwolna. Pod koniec zastanawia się nad sposobem powstawania zmian gruźliczych na częściach płciowych kobiecych. Przypuszcza możebność bezpośredniego zakażenia od zewnątrz. Okoliczność, że zmiany najczęściéj widzi się w macicy i w jajowodach tłumaczy tém, że zarazek daleko częściéj znajduje warunki do rozwoju w tych narządach, których błona śluzowa podlega często nieżytom, aniżeli w innych częściach narządu płciowego. (*Gazeta Lekarska* 1887, Nr. 8). *Dr. Mars.*

Choroby weneryczne.

Thiéry: **Leczenie rzeżączki wstrzykiwaniami mięszaniny oliwy i jodoformu.**

Zadziwiającą jest okoliczność, że do wstrzykiwań w rzeżączce, któréj etyjologija jako choroby zakaźnéj, na działaniu mikrobów polegającéj, nie podpada wątpliwości, oprócz środków ściągających i niektórych przeciwgnilnych, jak sublimatu, kw. karbolowego, borowego itd., nikt nie stósował tak znakomitego środka przeciwgnilnego, jakim jest jodoform. A przecież środek ten oprócz własności przeciwgnilnych posiada własność uśmierzania bólu i nie zmienia tkanki tak, jak to czyni sublimat, azotan srebrowy, lub siarkan cynkowy, które ścinając białko tworzą na powierzchni skorupę niedozwalającą środkowi leczniczemu działać głębiéj. Własności jodoformu skłoniły autora do zastosowania go w przypadkach rzeżączki ostréj, a wyniki, które otrzymał, były bardzo pomyślne. Ze spostrzeżeń autora zebranych na podstawie licznych przypadków wynika, że działanie jodoformu jest najlepsze w pierwszych dniach wystąpienia choroby i tak np. rzeżączkę 4 dni trwającą wyleczył T. 8 wstrzykiwaniami w przeciągu 5 dni; w późniejszych okresach choroby leczenie wymaga 20—25 wstrzykiwań w przeciągu 10—15 dni. Nadto po pierwszém wstrzyknięciu chorzy doznają ulgi, bóle ustępują, a przedmiotowo za pomocą badania cieczy pod mikroskopem już po dwu lub trzech dniach polepszenie wykazać się daje. Zatrucia jodoformem autor nie spostrzegł ani razu. Autor zaleca postępowanie następujące: Do wstrzykiwań używa się jodoformu w zawiesinie w czystéj oliwie — najlepiéj w olejku migdałowym; w celu odwonienia dodać można waniliny, kumaryny itp. Wstrzykiwać należy raz, lub dwa razy dziennie koło 8 gr., poczém chory powinien cewkę palcami zacisnąć i płyn przez dwadzieścia minut zatrzymać. (*Le Progrès médical* 1887 Nr. 10). *A. B.*

Docent Bumm (Würzburg): **O mięszaném rzężączkowém zapaleniu u kobiet.**

Przez zakażenie mięszane rozumie autor wtargnięcie do ustroju kilku mikroorganizmów różnego rodzaju, o tyle, o ile takowe obok siebie istnieć mogą. B. zajmuje się jednak w swojéj pracy tylko mięszanemi zakażeniami, polegającemi na wtargnięciu najpierw jednego pasorzyta mocniéj działającego, a potém dopiero drugiego, mającego już przez poprzed-

nika drogę utorowaną. Przytaczając jako przykład zapalenie płuc włóknikowe, w którém wypocina zapalna w pęcherzykach złożona stanowi często bardzo dobrze przygotowany grunt do rozwoju koków ropnych lub prątków gruźliczych, przechodzi autor w dalszym ciągu do gonokoków, które przez sprowadzenie zapalenia na błonie śluzowéj pochwy, pozbawienie jéj miejscami przyblonka, przygotowują dobrą odżywkę dla rozmaitych mikroorganizmów, które albo w przewodzie rodnym już w prawidłowym stanie się znajdują, albo z powietrza dopiero tam się dostają. Za tém zapatrywaniem autora mają przemawiać liczne spostrzeżenia.

Jeżeli w przebiegu rzeżączki pochwy zakażony zostanie jadem rzeżączkowym przewód gruczołu Bartoliniego, występuje zwykła rzeżączka tegoż z przebiegiem i charakterem takim samym, jak przebiega rzeżączka cewki moczowéj lub pochwy, jest tu mianowicie okres ostry, który przechodzi leczony w okres śluzowy albo w przewlekły, jeśli go zaniedbano. Inaczéj się dzieje, jeżeli do tego samego przewodu na grunt przygotowany dostaną się koki, sprawiające ropienie; gruczoł wtedy nabrzmiewa, staje się bolesny, skóra nad nim czerwieni się i przychodzi do ropienia gruczołu; wycięty nie zawiera nigdy koków rzeżączkowych, lecz tylko pośredniczące w ropieniu.

Niesłusznie obwiniano dotychczas, zdaniem autora, rzeżączkę szyjki i jamy macicy o sprowadzanie zapalenia ropnego okołomacicznego, gonokoki żyją bowiem tylko na powierzchownych warstwach błony śluzowéj, gdyby zaś były zdolne wtargnąć do warstw głębszych, mielibyśmy nierównie częściéj do czynienia z ropném zapaleniem naokołomacicznem i otrzewny otaczającéj. W dwóch przypadkach ropni okołomacicznych w przebiegu rzeżączki pochwy, szyjki macicy i jamy macicy, w ropie wydobytéj w jednym przypadku przez nakłócie, (w drugim ropień przebił się do odbytnicy), koków rzeżączkowych nie znaleziono, obficie jednak koki ropne. Jako sprawę analogiczną przytacza B. dymienice w przebiegu rzeżączki cewki moczowéj u mężczyzn, także nie tak często się przydarzające, które tylko koki ropne sprowadzić mogą.

Do przypadków mięszanego zakażenia należy zaliczyć gruźlicę pierwotną trąbek macicznych, o któréj dotychczas nie dokładnie wiemy, dla czego się czasem tam pojawiła. Ciekawym pod tym względem jest następujący przypadek: Szwaczka z rzeżączką pochwy i szyjki macicy dostawała często powtarzającego się zapalenia okołomacicznego po stronie lewéj, wyleczona powróciła do kliniki w 2 lata po zamążpójściu i umarła; sekcyja wykazała pierwotną gruźlicę trąbki maciczněj lewéj, mąż dotknięty był rozległą gruźlicą płuc, dzieci nie miała.

Przyczyną nieżytu pęcherza po rzeżączce cewki moczowéj, nie ma być, zdaniem B., jad rzeżączkowy, lecz mikroorganizm zupełnie inny, postacią wprawdzie do niego zbliżony, ale różniący się własnościami życia, niebarwiący się wcale sposobem Gramma. Mikroorganizm ten dostaje się do pęcherza tylko drogą przez rzeżączkę przygotowaną. Dzieje się tu tak samo, jak z mikroorganizmami, które wśród rzeżączki wywołują zapalenie stawu jednego lub kilku; długo sądzono, że wywołują je gonokoki, tymczasem okazało się, że znajdują się w ropie ze stawu wyjętego tylko stafilokoki. (*Deutsche med. Wochenschrift* 1887 Nr. 49). *H. K.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich. Sekcyja lwowska.

Przewodniczący prof. Dr H. Kadyi. Obecnych członków 18. Jako gość doc. Dr. Raciborski.

Kol. Ziembicki przedstawił torbiel jajnika wyjęty u kobiety 60-letniéj, u któréj obok tego znajdował się włókniak więzadła szerokiego. Kol. Bylicki będąc obecnym téj operacyi wspomniał o trudnościach operacyjnych z powodu licznych zrostów.

Następnie kol. Ziembicki przedstawił dwa przypadki zastarzałego zwichnienia u chorych z prowincyi, nadmieniając przytém, iż naprawę zwichnienia najlepiéj wykonywać w narkozie.

Z kolei zabiera głos kol. Prus, aby odpowiedzieć na liczne interpelacyje w sprawie hypnotyzmu: Jakkolwiek stan hypnotyczny bezsprzecznie łatwiéj wywołać można u osób z chorobowym układem nerwowym, to przecież nie ulega najmniejszéj wątpliwości, że uśpić także można osoby zupełnie zdrowe. W obec tego nie można podzielać zapatrywania niektórych autorów, którzy uważają układ nerwowy wszystkich bez wyjątku osób dających się wprowadzić w stan hypnotyczny za nieprawidłowy. Częste hypnotyzowanie wpływa po największéj części niekorzystnie na osoby do doświadczeń używane (Charcot). Osoby często usypiane nietylko popadają nieraz same przez się bez współudziału hypnotyzera w stan hypnotyczny, lecz nadto wytwarza się u nich jak gdyby druga odrębna pamięć, odnosząca się do wrażeń w stanie hypnotycznym otrzymanych, a następnie odpowiednio do owego rozdwojenia pamięci wyrabiają się jak gdyby dwie odmienne jaźnie. Przekrwienie czynne mózgu nie może bezwarunkowo wywoływać żadnych objawów chorobowych; zwiększony bowiem dopływ krwi tętniczéj, a więc krwi odżywczéj, do mózgu może tylko spotęgować prawidłową czynność mózgu np. sprawę myślenia, sprawę przyjmowania wrażeń. Przekrwienie więc czynne mózgu (ostre lub chroniczne) nie jest przyczyną choroby a względnie objawów chorobowych, lecz jest już następstwem i skutkiem schorzenia komórek zwojowych, a sama przyczyna leży prawdopodobnie w niedokrewności pewnych obszarów mózgu lub pewnych części rdzenia przedłużonego. O hypnotyzowaniu zwierząt i ptaków można na podstawie ścisłych doświadczeń, o których już kol. Szpilman nadmienił, na pewne powiedzieć, iż nie jestto właściwy stan hypnotyczny, lecz pewien rodzaj porażeń z przestrachu, czyli tak zwana kataplegija. Jak daleko i na jakie bezdroża posunięto się w chęci wywołania stanu hypnotycznego u zwierząt, świadczy najsmutniéj praca Ewalda, który u królików po podskórném wstrzyknięciu odwaru z gruczołów tarczykowych widział niemal wszystkie okresy hypnotyzmu. W stanie hypnotycznym nie można wywołać skurczu mięśni gładkich, np. skurczu macicy i to ani przez poddawanie myśli, ani téż za pomocą pociągnięć (*passes*). Oddawanie moczu i kału, które można wywołać u hypnotyków nie popiera zapatrywania przeciwnego, gdyż funkcyje te zostają pod wpływem woli. Ze szczególniejszym naciskiem uwydatnia następnie prelegent, że nicią przewodnią całego jego wykładu było wykazanie, że sen hypnotyczny nie różni się zasadniczo od snu zwykłego i że sen hypnotyczny jest snem zwykłym, wywołanym przez skupienie uwagi na poddaną myśl, iż sen ma nastąpić i odpowiednio zmodyfikowanym siłą poddawania. W miarę tego, im więcéj sen zwykły sztucznie sprowadzony został przez poddawanie, tém łatwiéj odróżnić, czy osoba śpi snem zwykłym, czy téż snem hypnotycznym, w przeciwnym razie osoba zahypnotyzowana przedstawia tylko różne okresy snu zwykłego. Powtóre uwydatnia prelegent, iż sen hypnotyczny jest niejako kamieniem probierczym, czy pewna osoba jest w ogóle zdolną do przyjęcia poddanéj myśli, a w obec tego można się spodziewać, że i inna jakakolwiek przez nas rzucona myśl przyjmie się zarówno w umyśle téjże osoby i że stósownie do naszego rozkazu wystąpią jużto znieczulenie, przykurczenia, tężec, ślepota barw i inne żądane objawy. Hypnoskop Ochorowicza ma ważne znaczenie dla badania, czy na pewną osobę można wpływać przez poddawanie; dla tych jednak doświadczeń jest rzeczą obojętną (jak to Delboef i Grosset wykazali), czy hypnoskop jest magnesem rzeczywistym, czy fałszywym, gdyż on działa także wtedy, gdy nie jest wcale magnesem.

Doc. Dr. Raciborski jako gość zabierając głos w dyskusyi przyznaje, że wprawdzie najczęściej hypnotyzowany ma zwróconą uwagę na to, że ma zasnąć, ale nie zawsze. Nie umie przy pomocy teoryi Dra Prusa wytłumaczyć sobie nagłego popadania w sen hypnotyczny przy nagłym odgłosie po uderzeniu piorunu, lub nagłém zobaczeniu błysku, np. promieni słonecznych odbitych od drutu telegraficznego, a takie przypadki obserwowano w Salpêtrière. Nadmienia o sposobach budzenia ze snu hypnotycznego: proste dmuchnięcie w twarz, nacisk na jajniki lub jądra. Dr. R. kładzie nacisk na odróżnienie trzech form hypnotyzmu: *a)* snu letargicznego, *b)* snu somnambulicznego, *c)* katalepsyi, chociaż są pewne formy przejściowe, np. nieruchomość posągowa, która stoi pośrodku między letargiem i katalepsyją. Pod względem zastosowania hypnotyzmu sądzi, że hypnotyzm może nietyle nadaje się do leczenia, ile do ułatwienia badania np. z powodu znieczulenia. Szczególnie wiele obiecuje sobie Dr. R., że eksperymentowanie z hypnotyzmem przyczyni się do wyświecenia teoryi otrzymywania wrażeń. W stanie hypnotycznym drobne ilości lekarstw, a nawet leki zatkane lub zatopione we flakonikach okazują zadziwiające skutki. Za leczeniem za pomocą hypnotyzmu przemawia cały szereg faktów: leczono pijaństwo i rozmaite nałogi, regulowano menstruacyję, usuwano bóle przy porodach, ułatwiano porody, wywoływano bezczułość i tak wykonywano nieboleśnie operacyje, leczono porażenia histeryczne, wywoływano rozwolnienie a nawet stale unormowano stolec (Alwood, Voisin, Lombroso, Louis). — Kol. Jendel zwraca uwagę na wpływ myśli poddanych na wyraz twarzy i gesta zahypnotyzowanych osób. Magnes nie działa na hypnotyczne osoby specyficznie, lecz działanie tegoż polega na poddawaniu. Dalej mówi o nowym transfercie (Babińskiego), który ma polegać na przenoszeniu stanu jednej osoby na drugą za pomocą magnesu, tudzież o nasuwaniu niemoty histerycznej za pomocą magnesu. — Kol. Rieger przemawia w obronie twierdzenia kol. Szpilmana, że u zwierząt nie objawia się właściwy hypnotyzm.

Doc. Dr. Raciborski twierdzi, że „transfert", przenoszenie porażenia, niemoty na inne osoby, tudzież przenoszenie porażenia z jednej połowy ciała na drugą za pomocą magnesu odbywa się tak, że dotycząca osoba nie wie o tém, co ma nastąpić, że zatem nie można przypuścić suggestyi, zwłaszcza, że t. zw. fałszywy magnes (drzewo w postaci magnesu) okazuje się w takich przypadkach bezskutecznym. Tu działa zatem magnes przez prąd. Przyznaje, że oszustwa bywają, lecz mimo to przekonany jest o ścisłości doświadczeń, których sam był świadkiem, a które wykazują, że działają nawet leki szczelnie w flakonikach zamknięte. — W odpowiedzi Dr. Raciborskiemu i kol. Jendlowi wykazuje kol. Prus, że dyskusyja zeszła w ogóle na niewłaściwe tory. Zważywszy bowiem, że prelegent w wykładzie swym poruszył zasadniczą kwestyję hypnotyzmu, i że na podstawie własnego określenia, czém jest hypnotyzm, ocenił wartość leczniczą hypnotyzmu, każdy przyznać musi, że wszelkie dodatkowe opisy różnych okresów hypnotycznych są tylko jużto powtarzaniem tego, co prelegent poprzednio omówił, jużto rozkawałkowaniem szczegółów, które prelegent zwięźle przedstawił. Następnie kol. Prus podaje proste tłumaczenie, dla czego niektóre osoby usypiane popadają w stan hypnotyczny wśród pracy (wśród robienia pończoch), skoro olśni ich odblask drutów. Osoby te były usypiane wpatrywaniem się w przedmiot świecący, i dla tegoto odblask drutów przypomina im blask hypnotyzowania i zarazem budzi myśl o śnie, pod wpływem któréjto myśli popadają w stan hypnotyczny. Co do wpływu magnesów na ustrój ludzki, jak nie mniej co do tak zwanego transfertu, można stanowczo powiedzieć, że dziś po ścisłych doświadczeniach Voisina, Cybulskiego i innych autorów nie można przypisywać magnesom żadnego samoistego działania, lecz, że wszystkie w tym względzie opisywane zjawiska należy uważać za wynik poddawania. Najlepiej dowodzi tego fakt, że wszystkie zjawiska wywołać można, jeżeli zamiast magnesu użyjemy do doświadczeń drzewa imitującego magnes, a powtóre, że magnes rzeczywisty zbliżony niespostrzeżenie do osoby dotyczącej nie wywiera na nią żadnego wpływu. Podobnie rzecz się ma z działaniem leków zalutowanych w rurach. W końcu powtarza, że leczenie hypnotyzmem ma tylko znaczenie czynnika psychicznego, i że usuwając hypnotyzmem poszczególny objaw chorobowy, nie leczy się jeszcze choroby, lecz często daje się nawet powód do pojawienia się wielu innych nawet groźniejszych objawów chorobowych.

W końcu posiedzenia kol. Wehr odczytał projekt odpowiedzi na odezwę Komisyi przemysłowej Tow. lek. krak. ułożony wspólnie z kol. Schrammem i Ziembickim. Odpowiedź tę przyjęto w całości. *Dr. Wiczkowski.*

Komisyja przemysłowa Tow. lek. krak.

Posiedzenie I. z dnia 3 stycznia 1888 r.

1. Przewodniczący prof. Korczyński zawiadamia: *a)* że Dr. Wiczkowski przyjmuje obowiązki komisarza Tow. lek. krak. do urządzenia na wystawie Zjazdu lek. i przyr. we Lwowie osobnej grupy przetworów leczniczych i dyjetetycznych przez Tow. lek. krak. poleconych, *b)* że p. Żeleński nadesłał świadectwa Dra Bartmańskiego o zupełnie dobrym stanie zdrowia służby stajennej a weterynarza p. Fertiga o zdrowiu obory w Grodkowicach w ostatnim kwartale, *c)* że p. Zieniewicz aptekarz w Brzostku przesłał dalsze uwagi co do zbierania i produkcyi wegetabilijów lekarskich, które odstąpiono do użytku podkomisyi zajmującej się podniesieniem uprawy roślin lekarskich krajowych.

2. Na wniosek przewodniczącego uchwalono polecić Tow. lek. krak. jako przetwór odpowiadający wszelkim wymogom bezwonne pigułki z kwasu arsenowego i kreozotu wyrobu apt. p. Mańkowskiego w Przemyślu. Każda pigułka zawiera pół mgr. kwasu arsenawego, 0·02 kreozotu i 0·04 balsamu tolutańskiego, a słoiczek zawierający 100 pigułek kosztuje 1 złr. 20 ct. (Wniosek ten Tow. lek. krak. zamieniło w uchwałę na posiedzeniu w dniu 11 stycznia 1888 r.).

3. Nad wnioskiem doc. Dra Jaworskiego, który opiewa: „Celem ochrony rzetelnego lekarskiego przemysłu krajowego, jakoteż leczącej się publiczności przed niesumiennem wyzyskiwaniem, Komisyja przemysłowa starać się będzie, aby środki tajemne i specyfika, które w naszym kraju pokup mają, podawane były tak co do składu jakotéż rzeczywistej wartości do publicznej wiadomości lekarzy i publiczności" toczyła się dłuższa dyskusyja, poczém uchwalono: *a)* zażądać od Tow. lek. krak. upoważnienia do działania przeciwko środkom lekarskim tajemnym wszelkiemi możliwemi sposobami (upoważnienie to Tow. lek. krak. udzieliło Komisyi przemysłowej na posiedzeniu w dniu 11 stycznia 1888), *b)* zaprosić do udziału w naradach Doc. Dra Poniklę i Dra Buszka, *c)* wygotować spis najczęściej w kraju używanych środków tajemnych wraz z oznaczeniem składu chemicznego i właściwej wartości pieniężnej.

Sekretarz *Doc. Dr. Gluziński.*

VII. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Dr. Beumer: Przyczynek do etyjologii szczękościsku czyli tężca noworodków.

Nikolajew dowiódł, że zaszczepianie podskórne pewnych próbek ziemi jest w stanie u skłonnych do tego gatunków zwierząt wywołać tężec. Beumerowi udało się hodować grzybki tężcowe, które zaszczepiane zwierzętom sprowadzały tężec. B. uważa grzybki te za zdolne do wywoływania tak tężca zaszczepianego sposobem Nikolajewa jako też tężca noworodków, wyrostków i dorosłych osób. Grzybek rzeczony musi się dostawać zwyczajnie na ranę pępowinową po odpadnięciu pępowiny a przed jéj zupełném zabliźnieniem, t. j. między 1 a 5 dniem po odpadnięciu pępowiny. Tężcowe grzybki są bardzo rozpowszechnione, mniej jednakowoż w czystej ziemi i w głębszych jéj warstwach aniżeli na jéj powierzchni, a tu głównie w śmieciach i kurzu tak na ulicach jak i w pomieszkaniach. Z pracy powyższej wynika zarazem, że tężec u noworodków jest chorobą zakaźną, sprowadzoną przez zanieczyszczenie rany pępowinowej prątkami tężcowemi. Prątki te osadzają się z rąk osób opatrujących pępek, ze szmatek nań przykładanych albo w ogóle z nieczystego opatrunku. Byłoby przeto bardzo po-

trzebném dodatkowe pouczenie dla akuszerek, jak mają opatrywać ranki pępowinowe, aby nie dopuścić do wybuchu tak często w niechlujnych mieszkaniach wydarzającéj się téj morderczéj choroby noworodków. (*Zeitschrift für Hygiene, III Band, 2 Heft*) *Dr. Buszek.*

Buchner (Mnichów): **Nowe doświadczenia z wdechiwaniem zarodników wąglika.**

Wymieniona praca jest dalszym ciągiem doświadczeń robionych już dawniéj, a ogłoszonych w r. 1880: „O warunkach przejścia mikroorganizmów do powietrza i o wdychiwaniu takowych". Rozchodziło się B. w pierwszym rzędzie o wykazanie wprost, że płuca stanowią furtkę dla istot zakaźnych, w przypadkach wdychania takowych, np. prątków lub zarodników wąglika u białych myszy. Białe myszy zamknięte w przestrzeni, w któréj rozpylano delikatny pyłek węgla kamiennego lub drzewnego dobrze wysuszony, zmięszany dokładnie z zarodnikami wąglika, musiały takowy wdychać. Ponieważ zarzucićby B. można, że pył ten mógł ranić pęcherzyki płucne, użył autor bardzo delikatnego pyłu zarodników z *lycoperdon giganteum*. Na 140 zarodników grzybka tego i na więcéj niż 1000 pyłków węgla przypadał jeden zarodnik wąglika. Rozpylanie i wdychanie trwało razem 10—15 minut. Myszy ulegały zakażeniu już w 60 godzin, świńki morskie po 3—5 dniach, z 43 myszy zginęło 18 na wąglik, 5 na zapalenie płuc, z 18 świnek morskich 13 na wąglik, 5 zostało przy życiu. Z 23 zaś myszy żywionych temi samemi ilościami zarodników w mięszance z innemi pokarmami zginęło z powodu wąglika 8, zostało przy życiu 20, z 10 świnek morskich zginęła jedna, reszta utrzymała się przy życiu. Widocznèm jest, jak niebezpieczne jest dla tych gatunków zwierząt wdychanie zarodników wąglika; możnaby zarzucić, że może i w tych przypadkach zakażenie przez przewód pokarmowy nastąpiło, a nie przez płuca. Autor udowodnił, że taki zarzut można łatwo odeprzeć. Treść żołądkowa i jelitowa u pierwszéj kategoryi zwierząt, badana pod względem zawartości zarodników lub prątków wąglika, dała wynik ujemny. Badanie płuc w 22 przypadkach wykazało obecność w nich prątków 16 razy. Nadto wykazał B., że myszy o wiele prędzéj ulegają ogólnemu zakażeniu wąglikiem przy wdychaniach, aniżeli przy podskórném jego wstrzykiwaniu. Z doświadczeń tych wynika, że zarodniki wąglika zarówno jak i dojrzałe jego prątki są w stanie przejść do ustroju przez płuca, nawet przez nienaruszoną ich powierzchnię i w ustroju daléj się rozwinąć. Zdaje się, że z innemi grzybkami chorobotwórczemi rzecz się ma tak samo. (*Münchener med. Wochenschrift* 1887 Nr. 52). *H. K.*

---

* W Izbie poselskiéj Rady państwa Rząd przedłożył projekt ustawy skierowanéj przeciw fałszowaniu pokarmów. Projekt obejmuje sprzedaż pokarmów i pożywek oraz przedmiotów innych, jak tapet, odzieży, zabawek, naczyń służących do picia, gotowania, do przechowywania pokarmów, wag, miar dla pokarmów, petroleju, na gminy nakładając obowiązek kontrolowania w zakresie własnym i poruczonym wykonywania przepisów, oraz na rządowych lekarzy powiatowych. Celem czuwania nad gminami mają być ustanowieni inspektorowie państwowi. Gminy, rządzące się własnym statutem, oraz takie, które liczą przynajmniéj 10,000 mieszkańców, są obowiązane utrzymywać urzędników zaprzysiężonych, mających czuwać nad policyją zdrowia i pokarmów. Urzędnicy ci winni złożyć dowody uzdolnienia, przez Rząd oznaczyć się mające, a potwierdzenie tych urzędników Rząd sobie zastrzegać może. Nadto urządzone będą zakłady do badań pokarmów tak ze strony gmin, jakotéż państwa. Zakłady takie połączone będą w Wiedniu, Pradze i Gracu z zakładami higijenicznemi tamże istniejącemi; we Lwowie, Krakowie, Insbruku i Bernie z zakładami chemicznemi.

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d 9 lutego. Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lek. krak. przedstawił prof. Korczyński przetwory przemysłu aptekarskiego, prof. Obaliński okazał przyrząd chirurgiczny własnego pomysłu, w końcu opowiedział historyję przypadku spostrzeganego w szpitalu św. Łazarza, a Dr. Krokiewicz okazał preparat anatomiczny z tego samego przypadku. Dla spóźnionéj pory odłożono inne wykłady zapowiedziane do posiedzenia następnego.

* **Lwów.** Przewodniczącym Sekcyi lwowskiéj Tow. lek. galicyjskich na rok bieżący wybrany został prof. Dr. A. Czyżewicz, wiceprezesem prymaryjusz Dr. G. Ziembicki, sekretarzem naukowym Dr. J. Wiczkowski; sekretarzem administracyjnym pozostaje nadal Dr. H. Schramm, a skarbnikiem p. A. Littich.

* **Warszawa.** Otrzymaliśmy list następujący:

Podjąwszy się stałego współpracownictwa w wychodzącém w Nowym Jorku piśmie *The Medical Record*, jako sprawozdawca z prac polskich, upraszam za uprzejmém pośrednictwem redakcyi „Przeglądu Lekarskiego" wszystkich pp. kolegów o łaskawe nadsyłanie prac swoich pod moim adresem (Warszawa, Stare Miasto 21). *Dr. Józef Drzewiecki.*

* **Praga czeska.** Przewodniczącym Spolku českých lekařů na rok bieżący wybrany został prof. medycyny sądowéj Dr. Reinsberg.

* Zjazdy. Zjazd 17y chirurgów niemieckich odbędzie się w Berlinie od 4—7; na dzień przedtém odbędzie się uroczystość żałobna ku uczczeniu pamięci Langenbecka. — Zjazd 7y dla medycyny wewnętrznéj odbędzie się pod przewodnictwem Leubego w Wiesbadenie od 9—12 kwietnia, a 10te zebranie sekcyi balneologicznéj pod przewodnictwem Liebreicha w Berlinie 10 i 11 marca. — W Paryżu Zjazd 3ci chirurgów francuskich odbędzie się od 12—17 marca pod przewodnictwem prof. Verneuila w wielkim amfiteatrze *de l'Administration de l'Assistance publique (Avenue Victoria* 3). Na porządku dziennym są następujące kwestyje: 1) o traktowaniu ran postrzałowych w jamie brzusznéj; 2) o wartości radykalnego leczenia przepuklin; 3) operacyja Liétevanta i Estlandera; 4) o recydywie po operacyi nowotworów. Sekretarzem jeneralnym jest Dr. Pozzi (*Paris, Place Vendôme* 10).

* **Wiadomości uniwersyteckie. Hala.** Dr. Lukowicz, 1szy asystent w zakładzie patologicznym, mianowany został kierownikiem szpitala niemieckiego w Nowéj Gwinei. — **Tours.** Dr. Ledouble otrzymał katedrę anatomii opisowéj. — **Zurych.** Prof. położnictwa Dr. Frankenhauser przechodzi w stan spoczynku; katedrę jego ma otrzymać Dr. Wyder, docent prywatny w Berlinie. — **Budapeszt.** Drowie Erőss i Ottava habilitowali się, pierwszy jako docent pedyjatryi, ostatni okulistyki.

* **Wiadomości osobowe.** P. Minister Sprawiedliwości zamianował lekarza więziennego w Wiśniczu Dra Leodegarda Gąsiorowskiego lekarzem więziennym w Stanisławowie.

Stopień doktora w. nauk lek. w Uniw. Jagiell. otrzymał p. Antoni Filimowski, asystent przy katedrze anatomii opisowéj, rodem z Huciska w Galicyi.

* **Nekrologija.** W Cannes umarł Dr. Samelson, okulista praktykujący w Manchester, rodowity berlińczyk i były pruski więzień stanu. — W Grazu umarł Dr. Hugon Pramberger, docent chorób wewnętrznych, w 36 roku życia.

W Kołomyi umarł d. 6 bm. po krótkiéj chorobie Dr. Roman Garbiński w 54 roku życia.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 5: Pawińskiego: Przypadek choroby Addisona (dok.); O rażeniu krwawém ciałka szklistego u osób dorastających (dok.); Przybylskiego: Kilka przypadków kosmków źrenicowego brzegu tęczówki. — W *Medycynie* Nr. 5: Wojnarskiego: Sprawozdanie z oddziału Igo A. chorób wewn. prof. Pareńskiego w szpitalu św. Łazarza w Krakowie (dok.).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.